

**UNIVERSIDADE DO PORTO**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**MESTRADO EM PSICOLOGIA DO COMPORTAMENTO DESVIANTE:  
TOXICODEPENDÊNCIAS**

**CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-CLÍNICA DE UTILIZADORES  
CONSUMIDORES / NÃO-CONSUMIDORES DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOACTIVAS NO DECURSO DE UM PROGRAMA DE SUBSTITUIÇÃO  
OPIÁCEA COM METADONA**

**ALCINO AMÉRICO DA SILVA FERNANDES**

**JANEIRO 2004**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre no âmbito do Mestrado em Psicologia do Comportamento Desviante: Toxicodependências, realizada sob orientação do Professor Doutor João Marques Teixeira (F.P.C.E.U.P.).

## **AGRADECIMENTOS**

A concretização da presente investigação foi possível pela colaboração amiga, de diversas pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram para a sua realização.

Ao professor João Marques Teixeira a minha reconhecida gratidão pela sua orientação, que se mostrou de inestimável ajuda na concepção, desenvolvimento e conclusão do projecto. Obrigado pela sua disponibilidade e sugestões.

Aos colegas do C.A.T. Ocidental do Porto que cooperaram na execução da tarefa a que me propus.

Ao Pedro e Rui, meus filhos e ao Mino, meu irmão, pelo apoio interessado no processamento dos dados e no tratamento do texto.

Aos utentes pela sua participação voluntária no estudo.

# ÍNDICE

<b>PARTE A .....</b>	<b>1</b>
<b>I. ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA.....</b>	<b>2</b>
<b>II. ENUNCIADO HISTÓRICO .....</b>	<b>5</b>
<b>III. CONCEITOS-CHAVE .....</b>	<b>17</b>
1. DROGA .....	17
2. TOXICOMANIA.....	19
3. DEPENDÊNCIA .....	20
4. ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (DSM-IV) .....	27
5. UTILIZAÇÃO NOCIVA PARA A SAÚDE (ICD-10).....	28
6. USO .....	29
<b>IV. ACCÇÃO BIOQUÍMICA E NEUROFISIOLÓGICA DAS DROGAS .....</b>	<b>30</b>
1. INTRODUÇÃO.....	30
2. MECANISMOS DE ACCÇÃO DAS DROGAS .....	30
3. SISTEMA DE RECOMPENSA .....	32
4. NEUROTRANSMISSÃO/IMPACTO DAS DROGAS.....	36
5. STRESS E VULNERABILIDADE .....	42
6. SÍNTESE.....	43
<b>V. INTERVENÇÃO SOBRE O CONSUMO DE DROGAS.....</b>	<b>45</b>
1. SUBSTITUIÇÃO OPIÁCEA .....	45
2. PROGRAMAS DE SUBSTITUIÇÃO.....	59
<b>VI. SÍNTESE .....</b>	<b>103</b>
<b>PARTE B.....</b>	<b>105</b>
<b>I. ENUNCIADO DE QUESTÕES.....</b>	<b>106</b>
<b>II. CONSTRUÇÃO DE UMA BATERIA DE AVALIAÇÃO.....</b>	<b>108</b>
1. GRELHA DE CARACTERIZAÇÃO .....	110
2. INSTRUMENTOS ESTANDARDIZADOS DE AUTO-AVALIAÇÃO .....	111
3. OUTRAS VARIÁVEIS ANALISADAS.....	111
<b>III. OBJECTIVOS DO ESTUDO .....</b>	<b>112</b>
<b>IV. VARIÁVEIS EM ESTUDO .....</b>	<b>113</b>
1. DE CRITÉRIO .....	113
2. OUTRAS.....	113
<b>V. METODOLOGIA .....</b>	<b>114</b>
1. INSTRUMENTOS .....	115
2. PROCEDIMENTOS .....	131
3. CODIFICAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DOS DADOS .....	133
<b>VI. RESULTADOS .....</b>	<b>134</b>
1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	134
2. INSTRUMENTOS DE AUTO-AVALIAÇÃO .....	143
3. ESTUDO DOS PREDITORES .....	147



**VII. DISCUSSÃO .....149**

1. ADMISSÃO NO PROGRAMA ..... 149

2. ADMISSÃO/PERMANÊNCIA NO ESTUDO ..... 152

3. OUTRAS VARIÁVEIS ..... 162

**PARTE C .....164**

**I. SINTESE CONCLUSIVA .....165**

**II. BIBLIOGRAFIA.....169**

**ANEXOS .....193**

**PARTE A**

## I. ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

As toxicodependências constituem um complexo e diversificado fenómeno que, expandido mundialmente, registou na Europa, a partir da década de 70, um crescimento epidémico reportado aos consumidores de opiáceos, nomeadamente de heroína.

O envolvimento usual da referida população em actividades criminais associadas à prática dos consumos ilícitos e a emergência crescente, entretanto verificada, de muito preocupantes indicadores sanitários, têm conferido aos programas de substituição opiácea, nomeadamente com metadona, uma relevância acrescida que se tem repercutido no seu progressivo incremento, que se mantém actualmente. Daqueles indicadores importa salientar os referentes a patologia infecciosa diversa, nomeadamente hepatites B e C, tuberculose pulmonar e sobretudo a epidemia de vih/sida. Para o reforço da sua implantação, tem concorrido também, a verificação de percursos não raramente longos de heroinodependência, nos quais se enxertam vulgarmente, múltiplos tratamentos fracassados e a constatação não infrequente, do seu grave reflexo na consistente desestruturação de redes de suporte sócio-familiar.

A avaliação de resultados no âmbito da intervenção geral em toxicodependências, embora complexa, constitui-se como uma necessidade imperiosa que importa satisfazer, a par de muitas outras, de que são apenas exemplos a adequada planificação/estruturação de Serviços e a formação/supervisão de técnicos, tendo em vista garantir a contínua melhoria da qualidade das respostas institucionais à problemática multifacetada que representam.

No âmbito dos programas de substituição com metadona, cujos objectivos têm sido sujeitos a consideráveis modificações desde a sua implementação por Dole e Nyswander nos Estados Unidos em 1964, como tratamentos alternativos à dependência de opiáceos, a proliferação dos mais diversificados modelos organizativos de

intervenção e a sua consequente influência nos resultados observados, tem muito dificultado a organização de conclusões inequívocas quanto à sua efectividade.

Da análise da participação de heroíno-dependentes em programas de substituição com metadona tem resultado a evidente constatação clínica duma ampla variação de resultados obtidos por aquela modalidade de intervenção terapêutica.

Se para a compreensão desta frequente discrepância de resultados poderão concorrer os estudos que envolvam a análise de variáveis sociodemográficas e toxicológicas, da importância inquestionável da co-morbilidade médico-psiquiátrica no contexto das toxicodependências em geral e da heroíno-dependência em particular, importantemente reflectida em estudos nacionais e internacionais com populações de toxicodependentes, resulta como fundamental a sua avaliação médico-psicológica, como meio de enriquecer a referida investigação, a completar pela consideração de aspectos organizativos referentes aos próprios programas.

Assim sendo, no contexto da presente investigação, relevaremos da avaliação psicológica a que pretende um conhecimento, quer da personalidade quer do funcionamento psicológico, dos indivíduos que estudamos. Para o efeito, importar-nos-á pois a avaliação da personalidade ao nível da sua estrutura, organização e funcionamento. Também os desvios funcionais serão avaliados como o conjunto dos aspectos que articulam o sujeito com o mundo.

Pela investigação a que nos propomos, procurar-se-á um entendimento evolutivo da participação de utentes heroíno-dependentes num programa de substituição com metadona, no CAT Ocidental do Porto, que considere não apenas a conjugação dos elementos anteriormente referenciados de uma forma geral, mas também a sua articulação com o envolvimento institucional, no qual aquela abordagem assistencial se inscreve.

Da prática clínica relacionada com os programas de substituição com metadona constata-se que uma parcela significativa de utentes mantém consumos de uma variedade de substâncias ilícitas, conhecendo-se relativamente pouco do que os diferencia daqueles que aderem ao referido tratamento, mantendo-se regularmente abstinentes do consumo daquelas substâncias ilícitas.

Assim e considerando a natureza multimodal que caracteriza a problemática das toxicodependências, admitimos que uma variedade de factores pode distinguir, estratificando, a população de toxicodependentes incluída em programas de substituição com metadona, podendo alguns deles, assumir um valor preditivo do uso/não uso de substâncias ilícitas, nomeadamente de heroína e cocaína, no âmbito daquela intervenção terapêutica.

Da abordagem integrada que faremos dos referidos factores, esperamos, por uma aproximação a um modelo multidimensional que considere também o tipo de relacionamento institucional interactivo dos sujeitos com o programa de substituição com metadona, um melhor conhecimento duma população específica de heroinodependentes e contribuir para a prevenção do consumo de substâncias ilícitas, verificado frequentemente no âmbito daquele tratamento.

## II. ENUNCIADO HISTÓRICO

A metadona (hidrocloridrato de metadona), agonista opiáceo de longa duração de acção, foi sintetizada durante a segunda guerra mundial, a fim de paliar o risco que representava a escassez de morfina do exército alemão. Posteriormente, Dole e Nyswander (1964), que sugeriram que determinados pacientes heroínómanos não podiam abandonar os consumos de opiáceos se pretendessem manter uma aceitável qualidade de vida, começaram-na a utilizar no quadro do tratamento de manutenção de heroíno-dependentes, formulando a hipótese da toxicodependência como resultado de um défice metabólico. Aqueles autores propunham a existência de um transtorno metabólico e uma desregulação molecular endógena do S.N.C., como base etiopatogénica da dependência de opiáceos. Segundo aqueles autores, para um grande número de doentes, este transtorno ou desregulação apenas se poderia equilibrar pela administração mantida de um opiáceo durante um tempo variável que poderia até ser indefinido (Dole 1965, 1966, 1973 e 1981). Este princípio corroborava a “hipótese de auto-medicação”, defendida pelos grandes avanços experimentados pelas neurociências, no âmbito das toxicodependências, verificados nos últimos anos, elaborada segundo um processo de reflexão científica que se apoia, cada vez mais, em dados objectivos obtidos através da investigação clínico-experimental (Kuek, 1992). A referida hipótese da auto-medicação considera que uma grande parte dos pacientes que recaem sistematicamente nos hábitos tóxicos, apesar de todos os recursos terapêuticos postos ao seu alcance, são indivíduos que apresentam uma predisposição para o consumo de substâncias psicoactivas, provocada por uma disfunção cerebral, de etiologia genética ou adquirida, que os impulsiona à utilização de substâncias psicoactivas, como sucedâneas de uma medicação capaz de aliviar os transtornos psico-orgânicos de que padecem (Casas e cols., 1992a, 1992b, 1993).

Assim, estes indivíduos que recaem sistematicamente deveriam por isso ser considerados como doentes que se automedicam, utilizando a substância opiácea não apenas como droga, mas também como remédio, ilegal e perigoso, para compensar toda uma série de transtornos físicos e/ou psíquicos de que padecem.

Considerando que não é ainda possível delimitar os parâmetros indicadores de condutas de auto-medicação, os tratamentos de um transtorno por dependência de opiáceos, habitualmente iniciam-se pela desintoxicação e desabitação, potenciando-se esta última, se não existem contra-indicações, pela prescrição de um fármaco antagonista opiáceo (naltrexona). Serão as sucessivas recaídas e a evolução clínica global do paciente, que farão supor que um indivíduo consome heroína segundo um processo de auto-medicação, devendo por isso, considerar-se a possibilidade da sua inclusão num programa de manutenção com agonista opiáceo.

Dole e Nyswander introduziram a manutenção com doses orais de metadona para o tratamento de substituição do síndrome de dependência de opióides, particularmente de heroína (Argandöna, M., 1995). Aqueles autores, caracterizavam a dependência como uma doença fisiológica que poderia manipular-se pela administração ao doente de uma determinada quantidade de agonista, suficiente para estabilizar uma deficiência metabólica (Argandöna, M., 1995).

O uso de metadona, enquanto opióide de substituição, permite que um fármaco legal seja administrado sob controlo, uma vez/dia, para evitar os sintomas de abstinência opióide durante 24-36 horas. Considerava-se que uma dose diária alta ou de bloqueio eliminava a apetência pela heroína e bloqueava os seus efeitos eufóricos e em consequência permitia ao doente melhorar o seu funcionamento social, utilizando os serviços de psicoterapia e reabilitação agregados aos programas.

Quando se considerou que o tratamento com metadona diminuía, quer o uso de heroína, quer a criminalidade, a metadona tornou-se rapidamente na forma mais comum

de terapia de substituição para a dependência de opióides. Todavia, a manutenção com metadona nos Estados Unidos tem sido objecto de consideráveis modificações no que aos seus objectivos e doses utilizadas se refere. O objectivo do tratamento evoluiu, desde a manutenção a longo prazo, até à meta de conseguir em pouco tempo a abstinência absoluta de todos os opióides, inclusivamente da própria metadona. A dose média de metadona prescrita diminuiu, para substituir as altas doses de bloqueio preconizadas por Dole e Nyswander, para doses inferiores, mais baixas, tendo por finalidade o alcance de níveis mínimos, suficientes para evitar os sintomas de abstinência. Por vezes e não raramente quanto isso, a metadona passou a ser prescrita também em doses inclusivamente insuficientes, quanto à cobertura dos referidos sintomas (D'Aunno, T. e Vaughn, T., 1992; Argandöna, M., 1995).

A partir de 1965, desenvolveram-se maciçamente os programas de substituição com metadona nos Estados Unidos, correspondendo ao seu incremento, uma diminuição progressiva das medidas de apoio psicossocial, passando os programas de manutenção a caracterizarem-se por pouco mais do que a distribuição do fármaco. A metadona, entregue com pouco controlo, teria estado em 1976 em Nova Iorque, implicada em mais overdoses do que a própria heroína (Delile, 1992), consequência esta que se repercutiu posteriormente num reenquadramento dos programas, como forma de reduzir aqueles efeitos nefastos. Efectivamente, importa recordar que nos Estados Unidos, durante aquela fase de entusiasmo, no decurso da qual proliferaram as prescrições de metadona, surgiram algumas desilusões antes que as equipas de terapeutas, com o tempo e a experiência acumulada, tivessem aprendido a melhor controlarem a situação.

Como se referiu, os tratamentos de substituição com metadona surgiram nos Estados Unidos, na década de 60 e em diversos países desenvolveram-se, frequentemente com relutância, em resposta ao risco vih/sida, associado ao consumo



endovenoso de opiáceos e outras drogas, apesar dos então predominantes tratamentos livres de drogas.

Todavia, esta modalidade de intervenção terapêutica apenas se tornaria numa opção considerável e relevante a partir da década de 80, sobretudo como resposta à epidemia do VIH/sida, como se disse.

Actualmente, todos os estados membros da União Europeia dispõem de programas de substituição opiácea, muito embora variem entre si na sua extensão e natureza. Desde há alguns anos que são disponibilizados dados sobre o número de pessoas que recebem aquele tratamento (Farrel et col. 1996 e 2000), pelo que hoje em dia é possível acompanhar os desenvolvimentos nesta área (Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência. Relatório anual de 2003). No período 1995-2000, vários daqueles países reportam a sua expansão que se mantém actualmente. Sendo difícil de estabelecer com rigor, em muitos dos referidos países, a dimensão exacta da população incluída em programas de substituição com metadona, sobretudo devido à ausência, em muitos deles, de um sistema centralizado de recolha de dados, as estimativas para 100.000 indivíduos no escalão etário dos 16 anos aos 60 anos, relativamente ao ano de 1997, variam entre 207 (Espanha) e 6 (Finlândia, Luxemburgo e Grécia), devendo-se a este propósito referir as importantes variações regionais constatadas em vários países, quanto aos programas de tratamento com metadona (provisão, organização e acessibilidade).

Assim, pelos dados estatísticos disponíveis, sabe-se que entre 1993 e 1999 triplicou o número de toxicoddependentes em programa de substituição, estimando-se que no ano de 2000, os toxicoddependentes a efectuar tratamento de substituição com metadona, ultrapassavam os 300.000 na União Europeia.

Durante os últimos anos (1993-1997), constatamos na generalidade do espaço europeu (à excepção da Dinamarca e da Holanda) uma rápida expansão dos Serviços

nos quais a administração de metadona se constituiu como opção terapêutica possível de utilização pelos técnicos. Esta constatação torna-se particularmente evidente em países como a Alemanha, Espanha e França. Comparando os dados sobre o tratamento de substituição opiácea referentes a 1997/1998, com os relativos a 2001/2002, verifica-se um aumento global de aproximadamente 34% – 290.793 indivíduos em 1997/1998; 390.611 indivíduos em 2001/2002 (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. Relatório anual de 2003). Este incremento dos programas de substituição, constituiu-se como resposta à epidemia vih/sida e à sua relação com o consumo endovenoso de drogas (em Espanha e Itália estimou-se que 60% dos casos de sida correspondiam a consumidores de drogas, utilizadores da via endovenosa).

Os tratamentos de substituição iniciaram-se com a prescrição de metadona, que se mantém como o fármaco de substituição mais frequentemente prescrito. Apesar do seu predomínio, outras alternativas têm vindo a ser implementadas, por vários estados membros da União Europeia. Da prescrição destas substâncias salientamos, o levo-alfa-acetil-metadol (laam), entretanto já retirado do mercado europeu, a buprenorfina, a dihidrocodeína, a morfina e a própria heroína.

Na Europa, os problemas relacionados com o uso/abuso de drogas permaneceram com escassa ou reduzida relevância até à década de 60. Nas décadas de 70 e 80, verificou-se uma dramática alteração com a epidemia crescente da dependência de heroína.

Sendo certo que as estimativas de cada país quanto às suas populações de dependentes de opiáceos devem ser interpretadas com particular ponderação, até porque apenas um reduzido número de países dispõe de um efectivo sistema de monitorização, têm-se aceite taxas de dependentes de opiáceos, variando entre 200 e 600 por 100.000 indivíduos, no escalão etário dos 15 anos aos 64 anos.

O “crescimento” dos Serviços que disponibilizam metadona aos seus utentes, tem-se repercutido na redução da incidência de casos de vih/sida, relacionados com a utilização da via endovenosa, por toxicodependentes em vários países da União Europeia. Todavia, em alguns desses países, verifica-se ainda, uma relativamente elevada taxa de incidência daquela patologia na referida população, em contraste com outros, que as apresentam consideravelmente mais baixas.

Apesar da relação entre estes factos ser complexa, há razoáveis indicadores que suportam os tratamentos com metadona como efectivos, quanto à prevenção do vih, quando integrados, nomeadamente, num conjunto de estratégias de redução de riscos.

Relativamente a outras doenças infecto-contagiosas, estudos vários têm confirmado a existência de altas taxas de hepatites B e C relativamente aos toxicodependentes utilizadores da via endovenosa, sendo claro que as estratégias a adoptar quanto à sua prevenção, parecem dever ser semelhantes às relativas à prevenção do vih no que à prescrição de metadona se refere, no âmbito dos programas de tratamento de toxicodependentes.

O aumento do consumo de drogas na Europa nas últimas décadas, conduziu a um conjunto de problemas relacionados, um dos mais significativos dos quais tem sido, o crescente envolvimento dos toxicodependentes em actividades criminais, como forma de financiamento dos seus consumos ilícitos. A prescrição de metadona, tem constituído um meio de redução e prevenção da referida criminalidade associada ao consumo de drogas. A investigação tem confirmado nos últimos anos, que o tratamento de substituição com metadona, tem reduzido a criminalidade em toxicodependentes (Leuw, 1995; Gossop e al. 1998).

Em Portugal, os tratamentos de substituição com metadona foram implementados no Porto, em 1978, no Centro de Estudos da Profilaxia da Droga/Centro Regional do Norte (CEPD/Norte). Esta Instituição, inicialmente dependente da

Presidência do Conselho de Ministros e integrada depois, no Ministério da Justiça (Dec. Lei n.º 365/82), que se constituiu como uma das primeiras clínicas de metadona a ser criadas no continente europeu, permaneceu durante cerca de 15 anos (até 1992), como o único Centro em Portugal, a administrar aquele fármaco agonista a heroíno-dependentes.

O C.E.P.D./Norte, juntamente com o C.E.P.D./Centro (Coimbra) e o C.E.P.D./Sul (Lisboa), constituíram as instituições exclusivamente envolvidas no âmbito da toxicod dependência.

Todavia, a partir de 1987, o Ministério da Saúde inicia a criação de estruturas específicas para o tratamento de toxicod dependentes, os Centros de Atendimento a Toxicod dependentes (CAT's), os quais desenvolveriam estratégias terapêuticas de intervenção livres de drogas.

A integração dos CEPD's e dos CAT's num único Serviço, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxidod dependência (S.P.T.T.), ocorreria em Abril de 1989, mantendo-se ainda assim as diferenças de designação entre os dois tipos de estruturas que acabariam por desaparecer com o Dec. Lei n.º 43/94 de 17 de Fevereiro, data a partir da qual o C.E.P.D./Norte passa a designar-se de CAT da Boavista.

Até 1989, o método de substituição com metadona foi utilizado em exclusivo no CAT da Boavista para as desintoxicações de opiáceos, realizando-se um ou dois programas sucessivos de redução de 21 dias. Os tratamentos de manutenção, apenas eram iniciados a partir do fracasso das tentativas (2) de desintoxicação. O uso exclusivo da metadona, era preconizado para o tratamento de todas as situações, em que estava envolvida a heroína. Isso incluía algumas situações de politoxicod dependência, em que a dependência de heroína, ocupava um lugar muito limitado em relação às outras dependências envolvidas.

A época dos modelos institucionais em Portugal, na decorrência da criação dos Centros de Atendimento a Toxicod dependentes, na qual cada uma destas Instituições

utilizava um método único de tratamento que considerava superior a todos os outros, dificultou consideravelmente a divulgação do método de substituição.

A introdução das terapias não opiáceas com os  $\alpha 2$  agonistas e a naltrexona, tendo-se verificado no início de 1989, permitiu o desenvolvimento de um modelo de intervenção que, no CAT da Boavista, foi designado de alternativo. Nesta Instituição, as desintoxicações com o método  $\alpha 2$  agonista/tramadol/naltrexona, substituíram os programas de desintoxicação com metadona, passando assim a existir dois programas de tratamento de manutenção, um com naltrexona e outro com metadona.

O aumento da população portuguesa de toxicodependentes (nomeadamente a “explosão” verificada no início da década de 90), em paralelo com a disseminação do VIH/sida e da hepatite C na referida população, antecedeu a implementação desde 1992, dos programas de substituição opiácea, nomeadamente com metadona, que haveria de progressivamente se estender à generalidade dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes.

Efectivamente, em Maio de 1994, o CAT das Taipas/Lisboa iniciou um programa de substituição com agonista opiáceo de longa duração (levo alfa acetil-metadol/Laam), tornando-se no primeiro centro europeu a usar o referido fármaco, que apresentava como vantagem acrescida, a necessidade de apenas ser administrado três vezes/semana. Outros CAT's, implementariam depois também a sua administração, até ser recomendada no ano de 2000, pelo Centro Nacional de Farmacovigilância do Infarmed, a não introdução de novos doentes nesta terapêutica, bem como a avaliação da situação dos utentes já em programa, como medida de precaução interina, durante uma reavaliação exaustiva da relação benefício-risco daquele fármaco, efectuada pelo Comité de Especialidades Farmacêuticas da Agência Europeia de Avaliação de Medicamentos.

A partir dos finais de 1998, regista-se um enorme crescimento dos utentes em programas de substituição, em consequência de preocupações particularmente relacionadas com a redução de riscos e minimização de danos, constatando-se que em Dezembro/99 estavam incluídos nesses programas, 6.040 utentes (metadona: 5.343; laam: 697).

Na sequência da implementação dos programas de substituição nos CAT's, assistimos a práticas interventivas, neste âmbito, nem sempre convergentes. Determinados CAT's adoptariam o laam (levo-alfa-acetil-metadol) como fármaco agonista de substituição preferencial e outros mantiveram a metadona. A partir do ano de 2000, a classe médica em geral passou a dispor, no âmbito do tratamento da heroínodependência, de um outro fármaco de substituição, a buprenorfina (agonista/antagonista). daquelas Instituições, algumas mantiveram programas de carácter mais selectivo, com um reduzido número de utentes e outras, passaram a dispor de programas mais abrangentes e participados por um número maior de heroínodependentes (programas de alto e médio limiar e de baixo limiar).

Sendo certo que, no que se refere aos diferentes programas de substituição opiácea não há, como se disse, um modelo único de intervenção, que caracterize todos os Centros de Atendimento a Toxicodependentes, importará considerar do ponto de vista institucional, a importância de responder às necessidades sanitárias dos dependentes de opiáceos, que a prática clínica de diversos autores (Torrens, M.; Castillo, C. e San, L., 1995 e Patrício, L., 2002) e a nossa própria, têm comprovado, não se encontrarem disponíveis para integrar programas terapêuticos, nos quais a abstinência de substâncias ilícitas constitua um objectivo prioritário. Nesta perspectiva, a criação ou o desenvolvimento, em locais acessíveis, de programas de substituição opiácea, de baixo limiar de exigência, sem a obrigatoriedade de abstinência do consumo de outras drogas, nem da frequência regular de consultas por parte dos utentes, poderá

constituir uma adequada estratégia interventiva que, poderá, para além de fazer aproximar aqueles heroinodependentes do sistema sanitário, contribuir também, para a redução de riscos e minimização de danos, frequentemente associados à prática dos consumos endovenosos (Brugué, M.C., 1995).

Relativamente aos programas de substituição, alguns CAT's têm mantido parcerias, quer com Centros de Saúde, quer com estabelecimentos farmacêuticos, instituições nas quais, tem ocorrido a administração controlada do fármaco agonista opiáceo, a utentes que se mantêm em tratamento/seguimento psicoterapêutico, naquelas unidades assistenciais (CAT's).

O Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT), Instituição que resultou da fusão (Dec. Lei n.º 269 – A/2002 de 29 de Novembro) do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (S.P.T.T.) com o Instituto Português da Droga e Toxicodependência (IPDT), tutelado pelo Ministério da Saúde, é a única Instituição autorizada quanto ao provimento de metadona, com a excepção dos Serviços de Psiquiatria dos Hospitais de S. João (Porto) e de Santa Maria (Lisboa), competindo-lhe a autorização obrigatória, relativa à abertura de novos programas de substituição e o apreciar do enquadramento institucional em que a referida intervenção farmacológica se inscreve.

Os critérios de admissão em programas de substituição com metadona não são rígidos. Todavia, os que a seguir se indicam, têm constituído uma base genérica de reflexão, que tem antecedido as respectivas admissões: idade maior de 18 anos, história longa de toxicodependência e de fracassos de outros tipos de tratamentos anteriores, morbilidade psiquiátrica associada, doença orgânica grave, nomeadamente vih/sida e hepatites, desestruturação sócio-familiar e gravidez.

No âmbito do S.P.T.T., verificou-se no ano de 2000 um significativo alargamento dos programas de substituição opiácea, o que representou um aumento de

38% relativamente aos utentes integrados neste tratamento, na rede daquele organismo oficial, a 1999/12/31 e de 85% em relação a 1998/12/31. Em 2000/12/31, efectuavam tratamento de substituição, 8324 utentes. Destes, 7598 indivíduos estavam medicados com metadona, 719 com laam e 7 com buprenorfina.

Estes programas, ao longo do ano de 2001, integraram 12863 utentes (acréscimo de 21% relativamente ao ano anterior), representando aproximadamente 40% do total de utentes activos (isto é, em tratamento no ano, segundo definição do S.P.T.T.) reportados aquele tempo.

Dos utentes integrados em programas de substituição no ano de 2001, 3576 correspondem a novas admissões e 2630 a saídas, 20% das quais por motivos de alta clínica.

A 31 de Dezembro de 2001, na rede do S.P.T.T., estavam integrados 10233 utentes em programas de substituição opiácea, o que representou um acréscimo de 23%, de 69% e de 12%, comparativamente à mesma data, em 2000, 1999 e 1998, respectivamente.

No ano de 2002, os utentes em programas de substituição opiácea representaram cerca de 50% do total de utentes activos, na rede pública de tratamento da toxicodependência, percentagem esta que tem vindo a crescer nos últimos anos (40% em 2001, como se disse anteriormente, 36% em 2000 e 22% em 1999).

Com efeito, de novo se constatou um alargamento dos programas de substituição opiácea, que integraram 15768 utentes na rede pública de tratamento da toxicodependência em 2002, representando um acréscimo de 23% em relação ao ano anterior (12863 utentes).

A 31 de Dezembro de 2002, estavam inscritos 12144 utentes em programas de substituição opiácea na rede pública de tratamento da toxicodependência, representando acréscimos de 19%, 46%, e de 101%, comparativamente à mesma data em 2001, 2000 e



1999, respectivamente. Não obstante os acréscimos registados, é de referir que estes têm vindo a diminuir gradualmente (19% entre 2001 e 2002, 23% entre 2000 e 2001 e 38% entre 1999 e 2000).

Dos 12144 utentes integrados em programas de substituição opiácea a 31 de Dezembro de 2002, cerca de 84% efectuavam tratamento com metadona e 16% estavam incluídos em programas com buprenorfina. Comparativamente com a situação verificada a 31 de Dezembro de 2001, registou-se um acréscimo de 5% no número de utentes em metadona. Em contrapartida, constatou-se um aumento significativo (> 277%) dos utentes em tratamento com buprenorfina, nas estruturas oficiais de tratamento da toxicodependência.

x x x

Como o presente trabalho aborda a problemática do consumo de substâncias ilícitas no âmbito do tratamento com metadona, efectuado por heroíno-dependentes e constituindo as toxicodependências, a matriz geral na qual se inscreve a nossa investigação, os conceitos-chave segundo os quais este trabalho se vai desenvolver, serão abordados no capítulo seguinte, com vista a definir o quadro de referência em que nos inserimos.

### III. CONCEITOS-CHAVE

#### 1. Droga

São múltiplas as possibilidades de resposta quanto à questão do que representa droga, importando notificar das limitações que têm caracterizado as definições que a seu propósito se têm produzido.

O conceito que relevaremos de droga, no âmbito do presente trabalho, corresponde ao que foi definido pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) em 1975: “independentemente da sua finalidade, uma droga é toda a substância que introduzida num organismo, pode modificar uma ou mais das suas funções”.

Como foi referido pela O.M.S., aquela definição, que considerou como sendo intencionalmente ampla, impunha-se que fosse limitada pelos conceitos de dependência, tolerância e síndrome de abstinência (Kramer, J. F. e Cameron, D. C., 1975) a que nos iremos referir também.

De igual modo aquele Organismo salientou, na decorrência da mesma definição que produziu, o carácter sinónimo que os conceitos de droga, fármaco e medicamento, assim assumiam.

Todavia, se de um ponto de vista teórico, não existe qualquer diferença, entre droga, fármaco e medicamento, na prática, quando se fala de drogas, faz-se referencia às substâncias que se consomem de forma recreativa e que não têm habitualmente um uso médico reconhecido, de fármacos quando nos reportamos aos produtos em fase de investigação, que podem ter ou não um uso médico e de medicamentos, quando pretendemos a sua referenciação às substância, que têm um uso médico reconhecido. No presente trabalho contudo, falaremos indistintamente de fármacos e de medicamentos, para nos referirmos às substâncias prescritas medicamente.

A fronteira entre aquelas três categorias de produtos é porém bastante difusa, pois que muitas substâncias catalogadas como drogas, têm usos médicos reconhecidos, enquanto que algumas substâncias de prescrição médica, são frequentemente utilizadas, sem qualquer controlo clínico, para outras finalidades.

As drogas psicoactivas, isto é, as que modificam a consciência e o comportamento, actuando sobre o Sistema Nervoso Central (S.N.C.), classificam-se nos três grandes grupos seguintes:

- a) Psicolépticas ou de depressoras do S.N.C. Reduzem a actividade do S.N.C. – induzindo relaxamento e sonolência – e o estado de alerta, lentificam os reflexos e o comportamento em geral. Nesta categoria incluem-se substâncias tal como o álcool, os ansiolíticos e os opiáceos.
- b) Psicoanalépticos ou estimulantes do S.N.C. Incrementam a actividade do S.N.C. produzindo sensações de aumento de energia, aumentam o estado de vigília, diminuem a sensação de cansaço, por vezes potenciam a capacidade de concentração e em doses altas, podem produzir estados de excitação extrema. Nesta categoria incluem-se substâncias como a cocaína e as anfetaminas.
- c) Psicodislépticas ou alucinogéneos. São substâncias cujas propriedades principais, não consistem em excitar nem em produzir relaxamento, embora por vezes, também possam provocar alguns destes efeitos. Os psicodislépticos actuam principalmente alterando o estado de consciência, de tal modo que, tanto a realidade como o sentimento de identidade, podem ser percebidos de forma distinta da habitual, induzindo alterações da percepção e alucinações e alterando o estado de humor. Entre as drogas psicodislépticas encontram-se o L.S.D., a psilocibina, a mescalina e um conjunto importante de compostos

sintéticos e naturais. A marijuana e outros derivados da cannabis, também podem ser incluídos neste grupo.

## 2. Toxicomania

«Toxicomania» é um termo antigo que fixado pela tradição, se reporta a realidades diversas, englobando práticas de consumo heterogêneas relacionadas com a natureza dos produtos, a frequência da sua utilização e as motivações dos indivíduos.

A «mania (loucura) do tóxico», remete-nos para o início do século XX, enquanto “época da degenerescência”, como grande quadro explicativo das perturbações psiquiátricas.

Todavia, nem todos os “morfinizados” se tornavam «morfinómanos» (Chambard) e os dependentes de morfina, apresentavam frequentemente outras dependências (heroína, cocaína, álcool, etc.), pelo que desde a sua origem, a designação genérica de «toxicomania», tem sido portanto sinónimo, das actuais «politoxicomanias».

Devido à diversidade dos profissionais que intervêm na área das toxicomanias (e da multiplicidade das referências utilizadas), tem-se feito sentir a necessidade de uniformizar e padronizar a definição, tendo em vista o estabelecimento de uma base de entendimento comum de observação, no que se relaciona com os comportamentos de consumo de substâncias psicoactivas. Os critérios diagnósticos das duas classificações internacionais (*ICD* e *DSM*), que são próximos entre si, têm permitido distinguir, quanto aos grandes tipos de comportamentos de consumo, os de dependência, dos de abuso e de uso, de substâncias psicoactivas.

### 3. Dependência

A Organização Mundial de Saúde recomendou em 1964 o abandono do conceito toxicomania, propondo a sua substituição pela noção de «dependência» e definiu, em 1969 a «farmacodependência» como: *«Um estado psíquico e, por vezes, igualmente físico, que resulta da interacção, entre um organismo vivo e uma droga e que se caracteriza por modificações de comportamento e outras reacções que, compreendem sempre uma pulsão para tomar o produto, de forma continua ou periódica, a fim de encontrar os seus efeitos psíquicos e, por vezes, de evitar o mal-estar da privação. Este estado pode acompanhar-se ou não de habituação. Um mesmo indivíduo pode ser dependente de vários produtos.»*

Esta definição, que é globalizante, tem em conta as noções de dependência, quer psíquica, quer física e de tolerância.

- A dependência psíquica, representa um estado mental caracterizado por um impulso, que requer o uso periódico ou contínuo de uma determinada substância, com o objectivo de criar um prazer ou anular uma tensão;
- A dependência fisiológica, corresponde a uma exigência do organismo que necessita, para conservar o seu equilíbrio, do aporte regular de uma substância química exógena. Esta dependência, manifesta-se através de sintomas físicos de abstinência, que podem surgir nos sujeitos após a cessação ou redução dos consumos ou depois de se instalar a tolerância;
- A tolerância, caracteriza-se por um processo de adaptação de um organismo a uma substância, que se traduz pela diminuição progressiva dos efeitos desta, com a utilização continuada da mesma quantidade e conduz, à necessidade de quantidades crescentes da mesma substância, para que se obtenham os mesmos efeitos desejados.

Em 1964, a introdução do conceito de dependência permitiu uma melhor delimitação do campo da toxicomania:

- de maneira redutora, evitando assimilar os fenómenos culturais ou sociológicos, ao consumo patológico de um produto;
- pelo alargamento do seu domínio, o conceito de farmacodependência, deixou de ficar limitado às substâncias ilícitas e passou a integrar, os produtos autorizados legalmente.

Os critérios diagnósticos das classificações internacionais permitiram uma outra evolução sensível das ideias neste domínio. Assim, o *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM)* proposto pela Associação Psiquiátrica Americana, tal como a *ICD* elaborada pela OMS, referem-se a classificações sindromáticas que assentam na descrição de sintomas e perturbações do comportamento, sem fazer juízos de valor sobre a sua etiologia e patogenia. No *DSM-IV (1994)*, assim como na *ICD-10 (1992)*, os critérios de diagnóstico da dependência, comuns ao conjunto das substâncias psicoactivas, não implicam a constatação dos itens de cessação do consumo e habituação (dependência física) e a presença desta, deixou de ser indispensável, para a atribuição do diagnóstico de dependência de uma substância. Nas referidas classificações internacionais, verifica-se uma nítida predominância dos itens relacionados com as perturbações comportamentais e psicológicas, em relação aos sintomas psicobiológicos de habituação e de cessação do consumo, tendo o modo compulsivo de utilização da substância, passado a caracterizar, desde então, a dependência.

Nesta perspectiva, a dependência não se refere tanto ao objecto (o produto) mas antes ao indivíduo, deslocalizando-se o foco principal de interesse, da natureza dos

produtos, para a problemática dos consumidores. Enquadrado deste modo o «modelo de doença» (ou não se tratasse de uma classificação de doenças), essencialmente «bivariado» (interacção indivíduo-produto), que remete o indivíduo para um lugar central, sublinha-se que o potencial farmacológico de uma determinada substância, não é suficiente para explicar a dependência. Por esta via, assinala-se o início de uma evolução para a noção global de adicção, que congrega sob um mesmo termo a dependência, quer de um produto, quer de um comportamento (jogo, compras, etc.).

### 3.1. Dependência de Substâncias (DSM-IV)

#### Características

A característica essencial da dependência de substâncias é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substância, apesar dos problemas significativos relacionados com esta. Existe um padrão de auto-administração repetida, que resulta geralmente em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas

Define-se como o *padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:*

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
  - a) necessidade de quantidades crescentes da substância, para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
  - b) diminuição acentuada do efeito, com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.
2. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
  - a) síndrome de abstinência característica da substância;
  - b) a mesma substância (ou outra relacionada) é consumida, para aliviar ou

evitar, os sintomas de abstinência.

3. A substância é frequentemente consumida, em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.
4. Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.
5. É despendida grande quantidade de tempo, em actividades necessárias à obtenção e utilização da substância (por exemplo, fumar em cadeia) e à recuperação dos seus efeitos.
6. É abandonada ou diminuída a participação, em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas, devido à utilização da substância.
7. A utilização da substância é continuada, apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância. Apesar de reconhecer o papel contributivo da substância num problema físico ou psicológico (por exemplo, sintomas depressivos graves ou lesão de sistemas de órgãos), a pessoa continua a utilizar a substância. A questão-chave nesta avaliação, não é a existência do problema, mas sim a incapacidade do sujeito de se abster da utilização da substância, apesar da evidência dos problemas que esta causa.

Esta definição de dependência integra dados de ordem biológica, psicológica, e comportamental.

Os critérios da *ICD-10* são próximos dos do *DSM-IV*, estando os sete critérios do *DSM-IV* concentrados em cinco da *ICD*, que acrescenta um outro item, relacionado com o desejo intenso ou compulsivo de utilizar uma substância (*craving*).



### 3.2. Síndrome de Dependência (ICD-10)

Pelo menos três das seguintes manifestações, devem ter estado habitualmente presentes ao mesmo tempo, no decurso do último ano:

- desejo intenso ou compulsivo de utilizar uma substância psicoactiva;
- dificuldade em controlar a utilização da substância (início ou interrupção do consumo ou níveis de utilização);
- síndrome de abstinência fisiológica quando o indivíduo, diminui ou interrompe o consumo de uma substância psicoactiva, como testemunham o aparecimento de uma síndrome de abstinência característica da substância ou a utilização da mesma substância (ou de uma substância aparentada), para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;
- evidenciação de uma habituação aos efeitos da substância psicoactiva, pela qual o indivíduo tem necessidade de uma quantidade maior da substância, para obter o efeito desejado (certos indivíduos dependentes de álcool ou de opiáceos, podem consumir doses quotidianas destes produtos, que seriam letais ou incapacitantes, para os indivíduos não dependentes);
- abandono progressivo de outras fontes de prazer e interesse, em proveito da substância psicoactiva, aumento do tempo passado a obter a substância, a consumi-la ou a recuperar dos seus efeitos;
- continuação do consumo da substância, apesar do aparecimento de consequências manifestamente nocivas (por exemplo, atingimento hepático devido a excessos alcoólicos, episódio depressivo após um período de consumo considerável ou alteração do funcionamento cognitivo ligado ao consumo de uma substância); importa apurar que o indivíduo estava ao corrente, ou que seria suposto tê-lo estado, da natureza e da gravidade das consequências nefastas.

A evolução de uma dependência é variável mas, em geral, crónica, prolongando-se ao longo de anos, com períodos de exacerbação e de remissão, parcial ou completa. Podem verificar-se períodos de consumos importantes com problemas graves, períodos de abstinência total e períodos de utilização sem problemas, prolongando-se por vezes durante meses. Ao longo dos doze primeiros meses de remissão, o indivíduo encontra-se particularmente susceptível de ter uma recaída.

A classificação do *DSM* considera a evolução e a diversidade no tempo dos comportamentos de dependência, assim como a sua especificidade:

Os seguintes especificadores de remissão, podem ser aplicados apenas se não tiverem sido preenchidos os critérios de dependência ou abuso durante, pelo menos um mês.

- Remissão total precoce: Se durante pelo menos um mês, mas menos de doze meses, não esteve presente qualquer critério de dependência ou de abuso;
- Remissão parcial precoce: Quando, durante pelo menos um mês, mas menos de doze meses, esteve presente pelo menos um critério de dependência ou de abuso (sem que os critérios completos de dependência tenham estado presentes);
- Remissão total mantida: Se em nenhum momento esteve presente qualquer critério de dependência ou de abuso durante um período de doze meses ou mais.
- Remissão parcial mantida: Quando em nenhum momento estiveram presentes os critérios completos de dependência, durante pelo menos doze meses, tendo no entanto, estado presente pelo menos um critério de dependência ou de abuso;

Os especificadores seguintes aplicam-se se o indivíduo está a efectuar tratamento agonista ou se se encontra em ambiente controlado.

- Em terapia agonista: Se o indivíduo está a realizar medicação agonista prescrita, por exemplo metadona e não tiverem sido preenchidos os critérios de

dependência ou de abuso para aquela classe de medicamentos, durante pelo menos o último mês (excepto tolerância ou abstinência ao agonista). Esta categoria também se aplica aos sujeitos tratados para a dependência, com um agonista parcial ou um agonista/antagonista.

- Em ambiente protegido: Quando o indivíduo se encontra num ambiente em que o acesso ao álcool e a outras substâncias regulamentadas é proibido e quando nenhum critério de dependência ou de abuso, esteve presente durante pelo menos o último mês. Exemplos destes ambientes são as prisões, estritamente vigiadas e livres de drogas, as comunidades terapêuticas ou as unidades hospitalares fechadas.

Finalmente, numa pessoa em remissão completa, qualquer recaída correspondente aos critérios de abuso da substância, deve ser considerada uma dependência em remissão parcial. A diferenciação entre remissão total mantida e recuperação (sem perturbação de utilização de substância, actual), tem em consideração a duração do tempo desde o último período de perturbação, a duração total desta e a necessidade de avaliação continuada.

Para além do conceito de dependência, tornou-se necessário criar uma categoria intermédia para os estados que consubstanciam manifestamente um prejuízo para o indivíduo. Com efeito, os usos ocasionais ou repetidos (sem que haja dependência), são susceptíveis de provocar problemas de saúde e/ou sociais. Será «o abuso» para o *DSM*, «a utilização nociva para a saúde» para a *ICD*. Com a diferença dos critérios de dependência, esta categoria não inclui a habituação, o síndrome abstinência ou um modo compulsivo de utilização da substância, mas apenas as consequências nefastas do seu consumo repetido.

Trata-se portanto de um modo desadaptativo de utilização repetida da substância, manifestado por consequências adversas, recorrentes e significativas. Este

diagnóstico é mais usual nos indivíduos que apenas recentemente se iniciaram no consumo da substância, mas a dependência não constitui a via final obrigatória. Podem produzir-se episódios de abuso ou utilização nociva para a saúde durante períodos prolongados, sem se verificar evolução para a dependência. Existe contudo um *continuum* do abuso à dependência, estando a passagem de um à outra em geral relacionada com o mesmo produto. Isso é particularmente verdadeiro para as substâncias que conduzem facilmente à habituação, abstinência e a modos de utilização compulsiva (caso da heroína).

Os critérios do *DSM* e da *ICD* diferem sensivelmente. O *DSM* releva as consequências sociais negativas do consumo das substâncias em termos de emprego, de tomada de riscos, de justiça e de conflitos interpessoais. A *ICD* não considera estas complicações sociais como suficientes para o diagnóstico, mas valoriza sobretudo os prejuízos sanitários, tanto no plano físico (por exemplo, hepatites) como no psiquiátrico (por exemplo, perturbações depressivas).

#### **4. Abuso de Substâncias (DSM-IV)**

##### **Características**

A característica essencial do abuso de substâncias é um padrão desadaptativo de utilização da substância, manifestado por consequências adversas, recorrentes e significativas, relacionadas com a utilização repetida das substâncias.

É definido como um *padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:*

1. utilização recorrente de uma substância, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo,

- ausências repetidas ou fraco desempenho profissional relacionado com a utilização de substâncias, suspensões ou expulsões escolares relacionadas com a substância; negligência das crianças ou deveres domésticos);
2. utilização recorrente da substância em situações em que tal se torna fisicamente perigoso (por exemplo, guiar um automóvel ou trabalhar com máquinas quando diminuído pela utilização da substância);
  3. problemas legais recorrentes, relacionados com a substância (por exemplo, prisões por comportamentos desordeiros relacionados com a substância);
  4. continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por exemplo, discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; lutas físicas).

Os sintomas nunca preencheram os critérios de Dependência de Substâncias, para esta classe de substâncias.

## **5. Utilização Nociva para a Saúde (ICD-10)**

*Define-se como o padrão de consumo de uma substância psicoactiva que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consecutiva às injeções) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a um grande consumo de álcool).*

O diagnóstico assenta nas provas manifestas de que a utilização de uma ou várias substâncias levou a perturbações psicológicas ou físicas. Este modo de consumo, ocasiona frequentemente críticas e tem muitas vezes consequências sociais negativas. A desaprovação por outros ou pelo meio cultural, e as consequências sociais negativas (por exemplo, uma detenção, a perda do emprego ou dificuldades conjugais), não são

suficientes no entanto para fazer o diagnóstico. Da mesma maneira, uma intoxicação aguda ou uma “ressaca”, não são em si mesmas «nocivas para a saúde», segundo a definição aqui utilizada.

## 6. Uso

Esta categoria não existe enquanto tal nas classificações internacionais a que nos temos referido, visto que não releva da patologia. Todavia, a distinção estabelecida pelo *DSM* e pela *ICD* entre uso e abuso, ou utilização nociva para a saúde, estabelece explicitamente o facto de que poderá haver, para certas substâncias e certas modalidades de consumo, uma utilização sem risco nem prejuízo para o utilizador.

Os consumidores ocasionais (também chamados de «experimentadores»), utilizam as substâncias psicoactivas com fins recreativos. Mantêm uma vida social e o uso que fazem dos referidos produtos é caracterizado por um consumo, que não conduz a complicações nem a prejuízos.

Esta abordagem, subjacente à ideia de que o uso de uma substância psicoactiva não releva de uma problemática patológica, tem sido objecto de uma forte controvérsia científica. Bem aceite para o álcool, esta concepção tem sido contudo muito criticada em relação às substâncias ilegais, porque se considera que todo o seu uso é nocivo, de imediato ou a prazo, porque implica riscos para os consumidores (modalidade de obtenção ou de consumo, actividade farmacológica da substância, alteração do funcionamento psíquico).

## **IV. ACÇÃO BIOQUÍMICA E NEUROFISIOLÓGICA DAS DROGAS**

### **1. Introdução**

Neste capítulo e considerando que o tema que pretendemos investigar se insere no âmbito genérico da diversificada intervenção de natureza biológica, que é possível de relacionar com os comportamentos aditivos, iremos referir-nos aos mecanismos de acção das drogas, como meio de compreensão dos seus efeitos.

### **2. Mecanismos de Acção das Drogas**

Como refere Marques-Teixeira (1998): "... O cérebro constitui o centro de toda a actividade e em consequência, todas as substâncias de abuso exercem as suas acções através dele...". Neste âmbito, a propagação e modulação interneuronal das mensagens químicas, permite entender a actuação a nível molecular, da maioria das drogas. Estas interferem, efectivamente, a diferentes níveis da neurotransmissão e perturbam de forma significativa, o funcionamento de certos sistemas neuronais, de diferentes modos.

As moléculas de cocaína, que a nível cerebral se concentram particularmente na região do núcleo accumbens, feixe mediano e núcleo caudado, inibem a recaptação da serotonina, da noradrenalina e sobretudo da dopamina, conduzindo a um aumento considerável das suas concentrações sinápticas e a uma hiperactivação destes sistemas, particularmente do dopaminérgico.

Como refere Marques-Teixeira (1998): "...As anfetaminas estimulam a libertação de dopamina e noradrenalina e bloqueiam a sua recaptação...". Os psicoestimulantes em geral, bloqueiam a recaptação daqueles neurotransmissores (entram em competição com o transportador), penetram na terminação pré-sináptica, fixam-se no transportador localizado nas vesículas de armazenamento e esvaziam-nas do seu conteúdo em neuromediador. Este é finalmente libertado na fenda sináptica pelo

transportador da membrana neuronal, que funciona então de modo inverso. Da activação deste mecanismo, resulta um importante incremento das concentrações extracelulares do neurotransmissor e uma depleção maciça das reservas cerebrais de dopamina e noradrenalina.

A MDMA (*ecstasy*), derivada das anfetaminas, actua de forma semelhante, relativamente ao sistema serotoninérgico.

As substâncias opiáceas, imitam a acção das endorfinas (ou peptídeos opióides) e comportam-se desse modo como agonistas em relação aos seus receptores. Da actuação destes produtos resulta uma hiperpolarização da membrana neuronal e a inibição da libertação de vários neurotransmissores, tais como a dopamina, a acetilcolina, a noradrenalina e o gaba, das terminações nervosas pré-sinápticas (Lovenstein, W.; Gourarier, L.; Coppel, A.; Lebeau, B. e Hefez, S., 1995).

A activação daqueles receptores induz efeitos celulares, que estão na origem das conhecidas acções farmacológicas dos opiáceos.

A nicotina é também um agonista que se liga especificamente e com uma forte afinidade, a um subtipo específico de receptores, denominados de nicotínicos, da acetilcolina (Marques-Teixeira, 1998).

Os canabinóides, que exercem a sua acção também como agonistas, fixam-se selectivamente em receptores cerebrais específicos, de que resulta um aumento de produção de dopamina. Como refere Marques-Teixeira (1998): "...Os derivados da cannabis interagem com os sistemas de reforço cerebral de uma forma semelhante a outras drogas de abuso...". Daqueles compostos, o tetra-hidrocanabinol (THC), que constitui o seu princípio activo primordial, é responsável pela maior parte dos seus efeitos psicotrópicos e analgésicos (Angel, P.; Richard, D. e Valleur, M., 2000).

Como refere Marques-Teixeira (1998): "...O álcool e os sedativos, tais como as benzodiazepinas e os barbitúricos, são drogas que alteram o humor, deprimindo o nível



de activação do sistema nervoso central. Pensa-se que potenciam as acções do neurotransmissor inibitório GABA...”.

### **3. Sistema de Recompensa**

Como refere Marques-Teixeira (1998): “...um conceito-chave para a compreensão deste tipo de interacções é o de recompensa, que constitui uma propriedade característica de muitas drogas aditivas...”.

Efectivamente, a dopamina representa um papel central quanto às propriedades adictivas das drogas e como referem Angel e col. (2000): “...os neurónios dopaminérgicos, representam, pelo lugar privilegiado que ocupam, no seio do sistema nervoso central e pela sua implicação no controlo dos comportamentos afectivos e nas emoções (entre as quais o prazer), a «via comum» quanto à acção da maior parte das «drogas».

Como refere Marques-Teixeira (1998): “...um conceito-chave para a compreensão deste tipo de interacções é o de recompensa, que constitui uma propriedade característica de muitas drogas aditivas...”.

#### **3.1. Neurónios Dopaminérgicos**

Os neurónios dopaminérgicos, enviam projecções divergentes, para diferentes regiões cerebrais, a partir dos seus corpos celulares reunidos no mesencéfalo, em núcleos que constituem a substância negra e a área tegmental ventral.

Os neurónios dopaminérgicos que emergem da substância negra, projectam-se sobretudo para o estriado, estrutura cerebral implicada no controlo da motricidade e os que se manifestam a partir da área tegmental ventral, dirigem os seus axónios para as áreas corticais e subcorticais, particularmente para o córtex pré-frontal (projecções mesocorticais) e o *nucleus accumbens* (projecções mesolímbicas). Estas estruturas

anatômicas estão relacionadas com os processos mnésicos, as reacções comportamentais referentes à emotividade e ao controlo dos comportamentos afectivos e motivacionais.

Esta localização particular dos neurónios dopaminérgicos, confere-lhes um lugar estratégico na estrutura cerebral e permite-lhes o controlo do equilíbrio entre as referidas áreas corticais e subcorticais. Estes neurónios estabelecem, conforme a situação com a qual o indivíduo se confronta, uma hierarquia relativamente às diferentes estruturas que inervam. Se, num determinado momento, estes neurónios activarem uma certa zona do cérebro, posteriormente, vão activar outras, porque foi recebida uma informação diferente, relacionada com um acontecimento novo que surgiu. Os neurónios dopaminérgicos exacerbam o papel funcional das estruturas que inervam, sendo simultaneamente, «indicadores» que registam e decifram o significado das ocorrências (internas e externas) e «decisores» que implicam as estruturas que devem intervir na resposta.

Do ponto de vista funcional, os neurónios dopaminérgicos são particularmente sensíveis às condições ambientais, como as referentes às situações de ansiedade e de *stress*. Além disso, as diversas estruturas que inervam, fazem-nos intervir simultaneamente em funções motoras, emotivas, motivacionais e cognitivas. Eles respondem a estímulos que, pelo menos no animal, correspondem a situações com um significado, que o hábito e a aprendizagem, fizeram adquirir. Assim, embora os neurónios dopaminérgicos tenham uma importância, que lhes é reconhecida no controlo da motricidade, não será o movimento por si mesmo que activa estas células, mas antes, o seu início efectuado na sequência de um estímulo significativo. Nesta perspectiva, é a abertura da porta do biotério – susceptível de prevenir da aproximação de alimento – que origina a reacção de orientação do animal, antecedida e acompanhada pela activação dos neurónios dopaminérgicos. Como referem Angel, P. e col, (2000): “...os neurónios dopaminérgicos (em particular as projecções mesolímbicas) apenas são

activados por estímulos que adquiriram previamente um sentido e um significado, através da história e do desenvolvimento do animal ou do indivíduo, em particular nos domínios, emocionais e/ou motivacionais...”.

### 3.2. «Drogas» e Prazer

Pela sua implicação no controlo dos estados emotivos - e pela sua activação por estímulos que adquiriram previamente um significado emocional - os neurónios dopaminérgicos pertencem, com as estruturas límbicas que inervam (*nucleus accumbens*, córtex pré-frontal e certas regiões do hipotálamo), a um «sistema de recompensa» cerebral que, como refere Marques-Teixeira (1998): “...de uma forma natural, está na base dos comportamentos que asseguram a manutenção da vida...”. Este conceito, emergiu da descoberta do fenómeno de auto-estimulação intracraniana (Olds, J. e Milner, P., 1954), verificado na sequência da administração operante, em contexto laboratorial, de pequenas descargas eléctricas em várias estruturas neuroanatómicas do rato, que começava depois a apoiar-se na alavanca ligada ao eléctrodo, que havia sido implantado experimentalmente no seu cérebro, tendo em vista a repetição da experiência vivenciada. Constatou-se, que um tal comportamento não satisfazia aparentemente qualquer necessidade fisiológica e que o animal, podia reservar todo o seu tempo e a sua energia a auto-estimular-se, passando inclusivamente a descurar as suas necessidades mais vitais (fome, sede, sono), até à morte. Em consequência, tornou-se aparente a hipótese, da existência no cérebro de um sistema de recompensa que produziria, pela sua estimulação, uma «satisfação cerebral», ou referindo de outro modo, um prazer.

Este fenómeno pode efectivamente ser aproximado do prazer (efeitos hedonistas, estimulantes e euforizantes) obtido pelas drogas. Quando se activam as zonas de recompensa do cérebro por um meio exterior como seja a estimulação eléctrica, impede-

se o acesso das informações internas, e o animal (e por extrapolação o indivíduo), experimenta um bem-estar. A generalidade das drogas, actua conforme este mesmo princípio. Neste âmbito, a acção farmacológica devida a uma modificação da recaptação neuronal (psicoestimulantes) ou à estimulação de certos receptores (outras substâncias) substitui, a este propósito, a acção da corrente eléctrica. A área tegmental ventral (o núcleo mesencefálico que reúne os corpos celulares dos neurónios dopaminérgicos sensíveis ao «prazer»), constitui a região que dá lugar ao comportamento mais importante de auto-estimulação. Esta estrutura é integrada por vários receptores como, opiáceos, nicotínicos, canabinóides e gabaminérgicos que permitem às drogas estimular, directa (*cannabis*, nicotina) ou indirectamente (morfina, heroína) a actividade dos neurónios dopaminérgicos. Relativamente ao álcool, a sua acção sobre o sistema dopaminérgico parece resultar de processos, simultaneamente directos e indirectos.

Os neurónios dopaminérgicos e em particular as suas projecções mesolímbicas, constituem a «via comum» quanto à acção da maioria das «drogas», resultando da sua respectiva ingestão, o desenvolvimento desta transmissão.

Como referem Angel, P. e col. (2000): “...esta convergência do efeito das diferentes substâncias adictivas sobre os neurónios dopaminérgicos (mesolímbicos) explica as sensações, em particular de prazer, experimentadas aquando da toma de «droga» e permite compreender porque é que o toxicodependente pode substituir sem dificuldade, um produto por outro. Ela explica de igual modo a dependência psíquica, isto é, a necessidade compulsiva, quase irreprimível, de consumir a substância adictiva, a fim de experimentar os seus efeitos de reforço, que origina um comportamento de procura activa do produto...”. Todavia, o sistema dopaminérgico nos efeitos de reforço das drogas, não parece estar implicado de forma exclusiva. Como refere Marques-Teixeira (1998): “...os sistemas bioquímicos envolvidos na recompensa face às drogas são essencialmente três: sistema dopaminérgico, sistema dos opiáceos e sistema

gabaérgico...”.

#### 4. Neurotransmissão/Impacto das Drogas

Como referem Angel, P. e col. (2000): “...as alterações da neurotransmissão originadas pela ingestão crónica de «droga» acompanham-se de mudanças no plano molecular, que consistem em modificações importantes e a longo prazo, do sistema celular e numa alteração do funcionamento de certos genes...”. Estas mudanças representam provavelmente, uma função essencial na implementação pelo organismo de processos adaptativos, como resposta às diversas desregulações produzidas pelo consumo de «droga», no decurso da toxicod dependência. A dessensibilização dos receptores e a modificação da síntese de certas proteínas, particularmente no *locus coeruleus*, estrutura cerebral onde se localizam os corpos celulares dos neurónios que contêm noradrenalina, constituem exemplos ilustrativos do que se disse e a que nos referiremos de seguida.

##### 4.1. Dessensibilização dos Receptores

A dessensibilização constitui um processo que interessa ao receptor de um neurotransmissor, quando este é produzido em quantidade excessiva pelo neurónio emissor. Este sistema, que é resultante de uma modificação das propriedades moleculares dos mencionados receptores, consiste geralmente de uma redução do seu número e ou da sua eficácia e mais raramente, de uma diminuição da sua afinidade para o neurotransmissor implicado (Angel, P.; Richard, D. e Valleur, M., 2000).

Aquele processo pode ser entendido como um sistema de sinal contrário, que participa na regulação do equilíbrio ao nível do sistema neuronal. Assim, quando um sistema é requisitado de modo excessivo, de que resulta um acréscimo de actividade do neurónio e um incremento da libertação do respectivo neurotransmissor, em

consequência da estimulação acrescida dos receptores, intervém rapidamente uma dessensibilização destes últimos, tendo em vista compensar a actividade excessiva. Neste sentido, quando ocorre um consumo crónico de opiáceos, verifica-se, devido à sua estimulação excessiva, uma rápida dessensibilização dos receptores respectivos (Angel, P.; Richard, D. e Valleur, M., 2000).

Este fenómeno é provavelmente responsável em grande parte pela habituação à analgesia e pelos sintomas de tolerância e abstinência que caracterizam a dependência física, induzida por estas substâncias (Seidenberg, A e Honegger, U., 2000). A administração repetida de nicotina, conduz de igual modo a uma dessensibilização rápida dos seus receptores específicos, tal como o consumo de *cannabis* provoca também, um processo semelhante, ao nível dos receptores canabinóides. Quanto ao etanol, que não tem receptor específico, parece originar, quer uma dessensibilização, quer uma hipersensibilização, segundo o neurotransmissor e o subtipo de receptor considerado, apresentando-se as conclusões como contraditórias em determinados casos. Todavia, como referem Angel, P. e col. (2000): “...e porque a transmissão dopaminérgica está aumentada, verifica-se de igual forma, uma dessensibilização dos seus receptores...”.

#### **4.2. Modificação da Síntese Proteica**

O consumo recorrente de droga conduz à modificação da síntese de numerosas proteínas em diversas estruturas e sistemas neuronais cerebrais. Neste âmbito, da acção de numerosas drogas resulta a intensificação da expressão da enzima de biossíntese da dopamina, acontecimento que contribui para o aumento da libertação do neuromediador.

*O nucleus accumbens*, que desempenha um papel preponderante nas propriedades de reforço das drogas, é igualmente sede de profundos rearranjos. Acumulam-se aí, em particular, proteínas com uma duração média de vida

relativamente longa, conduzindo à formação de um factor de transcrição (chamado «complexo API») responsável por modificações a longo prazo da expressão de numerosos genes (Angel, P.; Richard, D. e Valleur, M., 2000).

O *locus coeruleus*, estrutura do cérebro onde estão localizados os corpos celulares dos neurónios noradrenérgicos, é também objecto de modificações da síntese de certas proteínas, participando este processo na dependência física dos opiáceos e nos sintomas de abstinência, que caracterizam a sua privação. Efectivamente, a estimulação dos receptores opiáceos localizados no *locus coeruleus*, inibe a actividade dos neurónios noradrenérgicos. Em caso de dependência de heroína, a exposição repetida e prolongada destes receptores à referida substância, activa um mecanismo de compensação, que consiste num aumento da síntese de numerosas proteínas - em particular de certos factores de transcrição - que aumenta globalmente a excitabilidade dos neurónios noradrenérgicos da mesma estrutura anatómica. Esta hiperexcitabilidade torna-se sintomatologicamente aparente, através de um quadro clínico polimórfico, aquando da abstinência dos opiáceos, devido à interrupção súbita da estimulação dos respectivos receptores.

No âmbito do tratamento do síndrome de privação de opiáceos, a utilização da clonidina, fármaco anti-hipertensor, decorre do conhecimento dos mecanismos neurobioquímicos implicados na referida ocorrência e releva da redução da libertação do neuromediador, que faz diminuir consideravelmente certos sintomas de abstinência daqueles produtos (Angel, P.; Richard, D. e Valleur, M., 2000).

#### 4.3. Modelos Animais

Como refere Marques-Teixeira (1998): "...foram desenvolvidos diferentes modelos animais que permitiram uma exploração sistemática dos mecanismos neurobiológicos da toxicod dependência...". Neste âmbito, as modificações invocadas

anteriormente (incremento da transmissão dopaminérgica ou outras, modificação do funcionamento de certos receptores e da expressão de numerosos genes) foram evidenciadas no animal, especialmente no rato. Todavia, como refere ainda Marques-Teixeira (1998): "...se é certo que a transposição de dados dos modelos animais para o comportamento humano não é isenta de riscos (nomeadamente a incapacidade para representar os aspectos psicológicos do consumo de drogas), também é certo que a determinados níveis de organização do organismo (nomeadamente ao nível molecular e neuro-anatómico), essa transposição é menos problemática...". Os riscos correspondem essencialmente a uma simplificação redutora da patologia humana examinada e de uma interpretação errónea das perturbações comportamentais e/ou bioquímicas do animal. Contudo, as observações verificadas no ser humano têm confirmado claramente os resultados obtidos no roedor ou no macaco. Três modelos animais, têm permitido essencialmente, a análise directa do comportamento adictivo e o estudo dos efeitos de reforço (hedonistas, estimulantes, euforizantes) associados às drogas, como sejam a preferência de local, a auto-administração intravenosa e a sensibilização comportamental.

### ***Preferência de local e auto-administração***

A preferência de local é um teste de condicionamento espacial que utiliza a escolha, positiva ou negativa, que o animal faz em relação ao seu ambiente. Neste tipo de prova, um determinado ambiente é associado à administração de uma «droga». Assim, o estímulo ambiental associado aos efeitos da «droga» torna-se num agente de reforço condicionado, de tal forma que o animal lhe responderá *mesmo na ausência* do reforço primário que aquela origina. Na prática, quando o animal recebeu de maneira passiva a «droga» num ambiente particular, regressará de seguida espontaneamente, ao mesmo contexto, como se procurasse uma nova administração. Esta escolha do



ambiente associado (à droga) indica uma preferência condicionada de local.

A auto-administração utiliza o condicionamento prévio de um animal à implantação fixa de um cateter, implantado intravenosamente (na veia jugular) ou colocado directamente numa estrutura cerebral através de uma cânula. O cateter que está ligado a uma seringa, que contém a substância estudada, permite assim ao animal auto-administrar essa substância. Em geral, admite-se que a auto-administração de um determinado produto constitui uma boa medida das suas potencialidades adictivas, relativamente ao ser humano.

Como referem Angel, P. e col. (2000): "...a cocaína, as anfetaminas, os opiáceos e mesmo a nicotina induzem no rato uma exacerbação da transmissão dopaminérgica correlacionada com um acréscimo da sua actividade locomotora...". Segundo aqueles autores, a referida hiperactividade aumenta no decorrer de consumos consecutivos de uma mesma quantidade de substância, à qual o organismo responde de forma cada vez mais intensa, traduzindo um fenómeno designado de sensibilização comportamental, relacionado com uma possível "memorização" celular das modificações entretanto operadas.

A verificação de *sensibilizações cruzadas* entre diversos produtos, sugere a existência de mecanismos de acção comuns entre elas. Efectivamente os opiáceos, as anfetaminas e a cocaína mostram sensibilização cruzada entre si, originando o consumo de uma substância uma sensibilização às outras e reciprocamente. Também se tem constatado a existência de sensibilizações cruzadas entre o stress e numerosas substâncias (opiáceos, psicoestimulantes). Por essa via, a exposição a factores de *stress* sensibilizaria o animal (e o sujeito, por extrapolação) à acção posterior das «drogas», reportando-se essa sensibilização, primeiramente aos neurónios dopaminérgicos e em particular às suas projecções mesolímbicas (Angel, P. e col., 2000).

Os processos de sensibilização, que numa primeira análise parecem puramente

neurobiológicos, dependem de factores ambientais, pois que parecem mostrar-se influenciados pelas condições nas quais os diferentes consumos «sensibilizantes» são efectivados. Neste sentido e como se demonstrou experimentalmente, um animal sensibilizado à morfina por injeções repetidas na sua gaiola habitual, reagirá a uma nova administração como se se tratasse da primeira, se esta for administrada num novo ambiente (Angel, P e col. 2000).

Diversos acontecimentos, o *stress* e encontros repetidos com as substâncias adictivas podem induzir uma adaptação funcional das vias dopaminérgicas (mesolímbicas). Esta sensibilização, cuja instalação depende simultaneamente da toma repetida de «droga» e do ambiente em que a mesma ocorre, poderia constituir para alguns autores (Angel, P.; Richard, D. e Valleur, M., 2000), a porta de entrada da dependência psíquica que se mostra (tal como a dependência física) de igual modo associada a certos estímulos ambientais, cuja importância se encontra claramente demonstrada no animal. No que ao ser humano se refere, estes estímulos podem configurar diferentes naturezas. Pode tratar-se de um ambiente particularmente significativo para os sujeitos (numerosas recaídas da toxicodependência ocorrem quando o sujeito reencontra os locais e/ou os companheiros da sua dependência), de uma outra substância adictiva, de efeitos sensoriais relativos ao ritual de consumo ou ainda de efeitos subjectivos relacionados com uma fraca quantidade do produto.

Segundo alguns autores (Tassin, J.P., 1994; Morel, A.; Hervé, F. e Fotaïne, B., 1997 e Angel, P. ; Richard, D. e Valleur, M. , 2000) a sensibilização seria o determinante essencial da necessidade compulsiva de consumir as substâncias adictivas e a responsável em grande medida, pela dependência psíquica. A atribuição de significados motivantes às percepções e representações mentais dos estímulos e das acções, dependeriam do sistema dopaminérgico mesolímbico. Da sua sensibilização resultaria portanto um aumento do significado motivante atribuído pelo sistema nervoso

central ao acto de consumir a substância. Além disso, e como referem Angel, P. e col. (2000): "...a co-activação do processo de aprendizagem associativo, dirigiria a actividade deste sistema relativamente aos estímulos específicos associados à substância e igualmente ao aumento do significado motivante destes estímulos. Finalmente, o consumo e os estímulos associados seriam cada vez mais atractivos e os estímulos associados cada vez mais capazes de controlar o comportamento dos indivíduos..."

## 5. Stress e Vulnerabilidade

Uma questão que importa considerar é a da vulnerabilidade particular de alguns sujeitos aos efeitos de reforço das substâncias adictivas, que os conduziria a passar de «simples» consumos de tipo recreativo, a uma necessidade compulsiva da sua utilização, que passa a orientar o seu comportamento. Verificar-se-ia não somente uma apetência para as drogas, distinta de indivíduo para indivíduo, mas também uma marcada variabilidade individual, na resposta às propriedades «toxicofílicas» das substâncias adictivas, provavelmente devida a uma constelação de factores de natureza biopsicossocial.

Os modos diferenciados segundo os quais os sujeitos respondem às substâncias adictivas, sublinham o interesse, quer de uma predisposição ligada ao equipamento neurobiológico individual, quer de uma precipitação induzida pela própria substância aditiva.

Como referem Angel, P., Richard, D. e Valleur, M., (2000): "...a exposição a acontecimentos stressantes suficientemente precoces e intensos em períodos críticos da vida, poderia assim predispor certos indivíduos (os mais vulneráveis) ao início de um comportamento adictivo ou outro comportamento de risco..."

## 6. Síntese

Do consumo de substância adictivas resulta uma hiperactividade dos neurónios dopaminérgicos do cérebro e em consequência uma exacerbação da transmissão relacionada com estes neurónios. O sistema neuronal dopaminérgico envolvido na génese e no controlo das emoções, constitui desse modo uma «via final comum» à acção da maioria das drogas. Esta convergência do efeito das variadas substâncias adictivas no sistema dopaminérgico justifica as sensações, em particular o prazer, experimentadas no consumo de drogas. A intervenção deste sistema nos efeitos hedonistas das drogas não é todavia exclusiva, havendo outros sistemas de neurotransmissão que são também normalmente implicados.

Os estímulos que accionam os neurónios dopaminérgicos têm um significado e um sentido adquiridos na decorrência do desenvolvimento histórico do indivíduo, de modo provável, por hábito ou aprendizagem. A informação recebida por estes neurónios deriva de um tratamento que se efectua, não apenas através da integração que se elabora do acontecimento imediato, mas também em relação às informações acumuladas no decurso do desenvolvimento. Como referem Angel, P., Richard, D. e Valleur, M., (2000): “...o regulamento da reactividade dos neurónios dopaminérgicos estabeleceu-se em função do ambiente encontrado pelo indivíduo ao longo do seu desenvolvimento, segundo processos que lhe são próprios e que ele utilizou sucessivamente para «responder» a este ambiente...”.

A noção de sensibilização, introduzida pela neurobiologia experimental, tem sido considerada por diversos autores (Morel, A., Hervé, F. e Fontaine, B., 1997) como uma das chaves do processo toxicofílico.

A sua instalação tem-se mostrado dependente, com efeito, ao mesmo tempo da administração repetida de «droga» e do ambiente que lhe é associado e poderia bem representar a via da dependência psíquica, responsável pela necessidade compulsiva de

consumir o(s) produto(s) (Angel, P., Richard, D. e Valleur, M., 2000).

Além do que se disse, alguns autores (Angel, P., Richard, D. e Valleur, M., 2000), admitem como provável que um organismo se torne dependente das suas próprias aptidões, quanto à capacidade que desenvolveu de produzir consistentes modificações de actividade de alguns dos seus circuitos neuronais.

A verificada sensibilização cruzada entre os opiáceos, os psicoestimulantes e o stress, constitui manifestação da existência de um dispositivo comum (neurónios dopaminérgicos) entre estas diferentes componentes e como referem Morel, A., Hervé, F, e Fontaine, B. (1977): "...permite entender melhor as passagens tão correntes do consumo de um produto psicoactivo para outro, no âmbito da toxicodependência.

x x x

Como é reconhecido cientificamente, os avanços fundamentais observados durante os últimos anos na área das neurociências, depois da descoberta dos peptídeos morfínomiméticos endógenos (Hughes, 1975) e do estudo dos seus receptores (Martin, 1976; Gillan, 1982; James, 1984; Mansour, 1987 e 1995 e Matthes, 1996), permitiram uma abordagem neurobiológica da heroínodependência. Das actualmente disponíveis estratégias terapêuticas farmacológicas, limitar-nos-emos contudo, no capítulo seguinte, aos modelos de substituição opiácea, nos quais se inscreve a prescrição médica de agentes morfínomiméticos, a que nos referiremos, devido à sua ligação estreita com o nosso trabalho.

## V. INTERVENÇÃO SOBRE O CONSUMO DE DROGAS

### 1. Substituição Opiácea

A substituição opiácea pode interessar apenas aos já dependentes de opiáceos, nomeadamente a alguns heroíno dependentes. Pela substituição, opiácea propõe-se aos doentes a substituição dos seus consumos de opiáceos ilícitos, pelas tomas de um medicamento morfíno mimético, medicamento prescrito que se inicia aquando da apresentação de sinais físicos relacionados com a sua privação, procedendo-se a ajustamentos progressivos de dose até à respectiva estabilização clínica (Patrício, L., 2002).

Há autores (Dole, 1965; Brecher, 1972; Ball, 1991; Des Jarlais, 1993 e McLellan, 1993) que consideram sempre o tratamento de substituição com agonistas opiáceos como de primeira linha, sendo a metadona reportada como a farmacoterapia primária para a dependência de opiáceos em inúmeros países (Strain, E., 2003). Outros autores consideram todavia (Patrício, L., 1997 e 2002 e Seidenberg, A. e Honegger, U., 2000), que este tratamento apenas deve constituir-se como resposta terapêutica inicial, quando haja indicações específicas que a imponham como tal, constituindo-se como seus exemplos, as situações de gravidez e as relacionadas com doentes, quer fisicamente interferidos por graves doenças infecciosas, quer marcadamente desestruturados sócio-familiarmente. Neste sentido, importa-lhes pois, para a sua implementação, a verificação prévia de outros métodos de tratamento que se revelaram ineficazes quanto ao apoio aos referidos doentes.

As doses do fármaco de substituição utilizado devem ser adequadas às necessidades dos doentes, tendo em vista o não uso concomitante de opióides ilícitos no decurso do tratamento. Da prescrição de doses insuficientes, poderá resultar a gratificação experimentada de efeitos de consumos daquelas substâncias psicotrópicas,

reforço que não se verifica com a utilização de doses de saturação dos respectivos receptores opióides.

A metadona, o laam e a buprenorfina alta dose têm sido bastante utilizados. Em condições especiais, pode estar indicada a prescrição de outro opiáceo, incluindo a heroína (diacetilmorfina). As características dos vários opiáceos face às características pessoais e à situação dos doentes, devem ser tidas em consideração, aquando da tomada de decisão sobre qual deles optar. A tolerância pode variar de doente para doente e varia também com o próprio opiáceo (Patrício, L., 2002).

O tratamento de substituição com morfínomiméticos, podendo constituir uma importante ajuda, mantém todavia a dependência de opiáceos. Por isso, esta metodologia terapêutica deve ser perspectivada para que posteriormente e quando se revelar como oportuno, se interrompa medicamente essa dependência, pois que a duração destes programas, apesar de indeterminada, deve ser limitada no tempo.

## **1.1. Medicamentos Opiáceos**

### **1.1.1. Metadona**

É um opiáceo sintético e representa o fármaco que mais frequentemente tem sido utilizado no tratamento de substituição de heroíno-dependentes (Patrício, L., 2002), fundamentando-se a escolha desta molécula, essencialmente num bom conhecimento das suas propriedades.

A metadona (dimetilamino-6-difenil-4,4 heptadona-3) é um agonista específico dos receptores opiáceos  $\mu$  que tem propriedades farmacológicas idênticas, do ponto de vista qualitativo, às da morfina (Lowenstein, W.; Gourarier, L.; Coppel, A.; Lebeau, B. e Hefez, S., 1995).

Este fármaco que apresenta uma boa disponibilidade oral (80% a 95%) é assimilado através do tracto gastrointestinal. Pela sua diluição prévia em sumo de fruta

pretende-se evitar a sua utilização por via endovenosa nas administrações domiciliárias (Patrício, L., 2002). A sua vida média de eliminação é relativamente prolongada e situa-se entre as 24 horas e as 36 horas, existindo contudo importantes variações individuais. O seu pico plasmático é atingido ao fim de 4 horas, com uma concentração máxima no cérebro conseguida uma a duas horas após a sua administração (Lowenstein, W. e col., 1995). Depois da sua ingestão, a quase totalidade da metadona acumula-se em diversos órgãos e tecidos (rins, fígado, baço e pulmões) e estabelece-se um equilíbrio entre as concentrações tecidulares e sanguíneas. Assim, quando a concentração plasmática diminui, a metadona liberta-se a partir dos tecidos, restaurando-se a concentração sanguínea óptima. Esta propriedade permite explicar, pelo menos parcialmente, a fraca intensidade do síndrome de abstinência, assim como a eficácia da metadona como tratamento de substituição.

A concentração sanguínea mais frequentemente considerada como terapêuticamente eficaz nos tratamentos de manutenção é da ordem dos 150 ng/ml a 600 ng/ml (Seidenberg, A. e Honegger, U., 2000), que se obtém pela prescrição de metadona/dia de 80mg a 120mg (Dole, 1988). Esta concentração permitiria uma ocupação constante dos receptores dos opiáceos sem induzir efeitos narcóticos, devido à sua tolerância. Doses adequadas de 80mg/dia de metadona, poderão ser suficientes para satisfazer as necessidades de opióides (Ball, 1991 e D'Aunno, 1992). As doses baixas de metadona conduzem frequentemente ao aumento, quer do consumo ilegal, quer do índice de abandono precoce do tratamento (Christen, 1996). Com uma concentração de 100 ng/ml a 150 ng/ml, começam a observar-se sintomas de abstinência, excepto em caso de diminuição muito progressiva, por patamares (Lowenstein, W. e col., 1995).

A sua biotransformação ocorre, principalmente, no fígado, através do citocromo P450 (Seidenberg, A. e Honegger, U., 2000) e é eliminada do organismo sob a forma de agentes metabólicos que são excretados pela urina e fezes (Ward e col., 1998;



Humeniuk, 2000). A acidificação da urina aumenta a sua eliminação urinária (Lowenstein, W., Gourarier, L., Coppel, A., Lebeau, B. e Hefez, S.1995).

Origina menos euforia comparativamente à heroína, ainda que provoque também uma intensa dependência, quer física quer psíquica. Os seus efeitos surgem passados aproximadamente trinta minutos a partir do início da sua absorção e mantêm-se por aproximadamente 24 horas (Patrício, L., 2002).

Os efeitos sedativos que origina são menores do que os verificados com a morfina numa administração única, mas persistem após administrações repetidas. À medida que a dose é aumentada, a probabilidade do desenvolvimento de efeitos secundários indesejáveis, nomeadamente de natureza cardiovascular (arritmias), também é maior e deverá ocorrer uma vigilância clínica mais incisiva. Destes, os mais frequentemente observados nos doentes submetidos a tratamento com metadona e que podem persistir durante longos períodos de tempo, consistem sobretudo de obstipação intestinal, hipersudorese, transtornos, quer do sono (insónia) e da concentração, quer da libido e amenorreia (Lowenstein, W., Gourarier, L., Coppel, A., Lebeau, B. e Hefez, S., 1995).

O perfil farmacológico da metadona possibilita a sua utilização como fármaco de substituição de opiáceos pois que permite, através da sua administração em toma única diária e por via oral, a estabilidade dos seus níveis plasmáticos, na ausência de sintomas de abstinência opiácea.

A sua velocidade de metabolização é influenciada pela enzima CYP3A4, cuja actividade se mostra dependente quer de factores genéticos e ambientais quer da acção de determinados fármacos que interferem assim com os seus níveis de concentração sanguínea (Seidenberg, A. e Honegger, U., 2000). Da variabilidade da sua actividade pode decorrer quer a intoxicação pela própria metadona, quer a emergência de sintomatologia de abstinência de opiáceos. Neste âmbito, especiais cuidados exigem os

doentes simultaneamente medicados com determinados fármacos, nomeadamente alguns anti-retrovíricos para VIH e alguns antibióticos, certos anti-epilépticos e alguns medicamentos tuberculostáticos (Seidenberg, A. e Honegger, U., 2000).

As doses de metadona a aferir individualmente, aquando da sua indução, devem ser progressivamente ajustadas até se obter a respectiva estabilização clínica, na ausência de sintomas de privação opiácea (Patrício, L.2002).

A maioria dos heroíno-dependentes requerem doses, por dia, que em média se situam entre os 60mg e os 120mg (San, L., 1997). Nas situações em que as doses altas não previnem os sintomas de privação durante o período de tempo que é suposto fazerem-no, deve-se investigar a ocorrência de consumos simultâneos de fármacos ou de outras drogas que potencialmente induzam o sistema enzimático relacionado com a metabolização do agonista prescrito. A inadequação das suas doses pode também resultar, quer duma situação relacionada com uma metabolização mais rápida, que caracterize “normalmente” esse doente em particular (Humeniuk e col., 2000; Ward e col., 1998; Preston, 1996), quer de uma deficiente assimilação devido, por exemplo, a uma doença hepática (hepatite, cirrose alcoólica). Doses pouco habituais podem também ser justificadas ainda pelos hábitos de consumo dos utentes (acesso a um produto de muito boa qualidade). Deve assinalar-se que o consumo de álcool “faz subir” a metadona. Os efeitos de embriaguez são acentuados e a duração da acção diminui, acelerando a libertação hepática, pelo que podem surgir sintomas de privação.

A dependência de álcool e/ou de benzodiazepinas implica uma maior prevalência no manuseamento de doses maiores de metadona. Todavia, importa também considerar que o consumo de álcool e ou de benzodiazepinas pode resultar de uma baixa prescrição deste fármaco de substituição. Se for este o caso, necessário se torna proceder à revisão da sua dose utilizada (Maremmani e Shiuderman, 2000).

Existem riscos de sobredosagem se o doente mantiver o consumo não controlado de psicotrópicos, particularmente de álcool e de benzodiazepinas (Seidenberg, A. e Honegger, U., 2000). As formas de consumo múltiplo são sempre problemáticas, qualquer que seja o produto de substituição usado. Neste caso, as doses podem ser reduzidas, mas este tipo de consumo exige um acompanhamento ainda mais rigoroso ou mesmo uma desabituação de álcool e das benzodiazepinas, enquanto se mantém a substituição de opiáceos.

O objectivo do tratamento consiste, como se referiu anteriormente, em evitar as alternâncias (efeitos da picada/sintomas de abstinência) que reforçam a tolerância. O estado de equilíbrio pode-se manter por períodos prolongados de tempo, mas pode ser útil proceder a alguns ajustamentos durante o tratamento (momentos difíceis, recaídas). As doses prescritas de metadona necessitam por vezes de ser aumentadas após uma recaída, para facilitar uma nova estabilização, ou ainda de forma preventiva se o paciente se sentir fragilizado. Elas devem ser obviamente reduzidas se o doente mostrar sinais de sobredosagem, mas a redução não deve obedecer à culpabilização ou à pressão do meio. Uma sua redução demasiado rápida provoca um risco acrescido de recaída (Patrício, L., 2002).

Efectuada a indução de forma progressiva e após um período de tempo indeterminado de estabilização, a dose de metadona pode reduzir-se de forma muito progressiva durante um período variável de tempo e segundo uma metodologia que deve ser adaptada à realidade do doente. Nesta perspectiva, a redução progressiva das doses prescritas de metadona, só deve ser encarada se o modo de vida do toxicodependente e as suas relações afectivas e sociais estiverem profundamente modificadas, positivamente.

A desintoxicação abrupta do tratamento de manutenção com metadona despertará um síndrome de abstinência que, dependente das doses utilizadas é,

habitualmente referido como menos intenso e mais prolongado que o relativo aos opiáceos de acção curta, como o são, quer a heroína quer a morfina. Para podermos prevenir ou reduzir a ansiedade do doente, é importante explicar-lhe detalhadamente o que se prevê que vai ocorrer. Todas as decisões devem ser individualizadas e implementadas com o acordo do utente. Alguns toxicodependentes preferem desconhecer os detalhes sobre a redução para evitar a ansiedade e os efeitos relacionados com as suas expectativas. A terapia de apoio considera-se como uma parte importante do processo de desintoxicação de metadona e aconselha-se que continue, depois de terminado o programa de substituição (Patrício, L.2002).

Uma atenção especial merecem as faltas dos doentes às tomas de metadona. Assim, se os doentes “perdem” uma dose de metadona, é necessário que sejam reavaliados quanto à intoxicação ou abstinência, antes que seja retomada a administração do fármaco. Quando as faltas se prolongam por períodos maiores, até três dias, aconselha-se à redução das doses, pois que a tolerância pode ser já menor. Se os doentes se ausentam das tomas de metadona por períodos de tempo superiores a três dias, é imperioso proceder a uma avaliação sócio-clínica global aprofundada antes que o tratamento seja recomeçado (Seidenberg, A. e Honegger, U., 2000).

A metadona, que em Portugal apenas se encontra disponível nas unidades de saúde especializadas no tratamento da toxicodependência, deve ser administrada sob o controlo visual de um profissional, para evitar a criação de circuitos paralelos de tráfico ou a sua manipulação abusiva por parte dos doentes (Patrício, L., 1997 e 2002). Outras estruturas assistenciais, como os centros de saúde, hospitais ou farmácias, articuladamente com os referidos serviços especializados têm, em condições especiais de estabilização clínica dos doentes, garantido a continuidade deste tratamento (Patrício, L., 1997 e 2002).

Mediante a observância de determinados requisitos, que variam segundo as diferentes instituições relacionadas com este tratamento, a metadona poderá ser dispensada, como se disse anteriormente, para administração no domicílio dos doentes (Seidenberg, A. e Honegger, U., 2000).

### 1.1.2. Laam

Este fármaco (levo-alfa-acetil-metadol) é também um opiáceo sintético (Patrício, L. 1997 e San, L., 1997) “agonista  $\mu$ ”, útil para o tratamento de dependentes de opiáceos. Foi aprovado nos E.U.A. em 1993 pela F.D.A. (orlaan R) e em Portugal e na Europa, a sua utilização (Patrício, L., 1997 e 2002) iniciou-se em 1994 (no Centro das Taipas, Lisboa). No ano de 2001 foi suspensa a utilização do laam na União Europeia, em virtude da detecção de alterações electrocardiográficas, de repolarização ventricular, com encurtamento do espaço QT, que lhe foram atribuídas.

Como refere San (1997): “...O laam origina menor sedação e euforia que a metadona mas, tal como esta também provoca dependência, física e psíquica...” A sua manipulação é delicada pelo seu tempo de acção que pode ser superior a setenta e duas horas. Esta substância tem uma semi-vida de 2.6 dias e dois principais metabolitos activos, o nor-laam (com uma semi-vida de 2 dias) e o dinor-laam (com uma semi-vida de 4 dias). Pelo seu metabolismo, este fármaco não pode nunca ser administrado em dias consecutivos pelo risco de sobredosagem, pelo que as suas tomas devem ser mais espaçadas no tempo, por exemplo às 2<sup>as</sup> 4<sup>as</sup> e 6<sup>as</sup> feiras. Doses de 30 a 60mg suprimem habitualmente os sintomas de privação opiácea durante 24 a 48 horas e de 80mg ou superiores, suprimem em geral esses sintomas por 48 a 72 horas.

O laam é absorvido por via oral, devendo a sua administração (3 vezes por semana) ocorrer nas instituições de saúde especializadas no tratamento e sempre sob vigilância de um profissional (Patrício, L., 1997). As doses são sempre individualizadas.

A sua indução, em doses que devem ser também sempre progressivas até à estabilização clínica, pode fazer-se directamente a partir do uso de heroína, mas é também possível e talvez mais cómodo para os doentes, a partir da substituição com metadona, que depois de iniciada com esta finalidade, se manteve durante alguns dias. O ajuste da dose inicial depende do nível de tolerância do doente. Nos heroíno-dependentes, geralmente a dose inicial oscila entre os 20 e os 40mg.

Como refere Patrício (1997): "...calcula-se a dose de laam, multiplicando a dose estabilizada de metadona pelos factores 1.2 ou 1.3. As doses de laam, correspondentes a três dias de tratamento habitualmente são ajustadas mediante um acréscimo de 20% a 30% em relação às outras, que se destinam a dois dias de tratamento..."

Quando um doente medicado com laam necessita de ser transferido para metadona, o cálculo da dose desta a administrar, corresponderá à divisão da dose estabilizada daquele fármaco pelos factores 1.2 ou 1.3. Deste modo se obtém a dose diária calculada de metadona, que substituirá a dose estabilizada do laam (Patrício, L., 2002).

Como refere Patrício, L. "...O laam não é concorrente da metadona. Um e outro fármaco são complementares, havendo que procurar as boas indicações para o uso de um ou outro medicamento..."

Os doentes a indicar para este tratamento devem encontrar-se relativamente organizados.

A privação do laam comparativamente à da metadona é mais prolongada no tempo e constituída por sintomas geralmente menos intensos (Patrício, L., 1997 e 2002).

Constituem contra-indicações ao uso deste medicamento, as graves insuficiências hepática e renal, o alcoolismo, a gravidez e o aleitamento materno (Patrício, L., 1997).

### 1.1.3. Buprenorfina

A buprenorfina é um fármaco opiáceo semi-sintético, derivado da tebaína, com efeitos, agonista parcial e antagonista dos receptores  $\mu$  (um) e  $\kappa$  (kappa) opiáceos (Seidenberg, A. e Honegger, U., 2000).

A buprenorfina tem sido usada mundialmente desde os anos 80 como analgésico. Para o tratamento da dependência de opiáceos, o seu uso, em baixa dose, foi iniciado nos anos 80. A baixa dose pode também ser de interesse terapêutico na desabituação opiácea. A buprenorfina alta dose que é utilizada em terapia de substituição opiácea desde 1985, começou a ser prescrita neste âmbito em Portugal em 1999 (Patrício, L., 2002).

A buprenorfina apresenta-se sob a forma de comprimidos, doseados a 8mg, 2mg e 0.4mg.

Como refere Patrício (1997) "...A administração de buprenorfina é rapidamente eficaz (em 5 a 10 minutos) pela utilização da via sublingual (quando é absorvida pela via oral, é inactivada no fígado)..." A sua indução deve fazer-se pela prescrição de doses, progressivamente aumentadas de 2mg/dia, a partir de uma toma única inicial de 4mg (no fim do primeiro dia, pode proceder-se, quando necessário, à administração de uma dose suplementar de 2mg).

Para alguns doentes, pode ser útil, a toma em dias alternados. A prescrição de buprenorfina só deve iniciar-se após um período de tempo de pelo menos 10 horas, relativamente ao último consumo de opiáceos, sob pena de se instalar, pela sua administração precoce, um síndrome de privação, resultante da acção antagonista do fármaco.

A estabilização da buprenorfina ocorre em média para doses situadas entre 8mg/dia e 16mg/dia, em toma única. Da sua administração não decorre de forma manifesta, nem euforia, nem sedação. Anula os sintomas de privação opiácea e a ânsia

(craving). Do consumo de heroína não resulta gratificação e o risco de sobredosagem é diminuto, com consumos apenas de buprenorfina.

A prescrição deste fármaco, que em Portugal está sujeito a uma vigilância rigorosa, obriga à emissão de receita cheque, com a identificação do doente, do médico e de quem o adquire (Patrício, L., 2002).

Como refere Patrício: “...Por falta de estudos conclusivos, está contra-indicado o seu uso na mulher grávida, na mãe que amamenta e em indivíduos menores de idade...”

A desabitação deste fármaco faz-se sem a emergência de sintomas de privação, por redução progressiva das doses instituídas. A questão de reduzir e terminar o tratamento com buprenorfina apenas se coloca depois do doente, estando efectivamente abstinente do uso ilícito de psicotrópicos, conseguir obter uma consolidada melhoria da sua situação clínica e social. Se for entendido como necessário, poderá manter-se em tratamento com um antagonista opiáceo.

A suspensão da buprenorfina pode ocorrer devido a uso não terapêutico, abuso de bebidas alcoólicas e mau uso ou uso de outras medicações (Patrício, L., 2002).

Como refere Patrício (2002): “...A associação da buprenorfina com bebidas alcoólicas ou tranquilizantes potencia o efeito sedativo, havendo risco de paragem respiratória...” Por isso aconselha-se à abstinência de bebidas alcoólicas, devendo-se, de igual modo evitar a sua associação com medicamentos depressores do sistema nervoso central.

A transferência do tratamento com metadona para buprenorfina pode também efectuar-se. Faz-se reduzindo lentamente a metadona para um nível de dose de 30mg/dia, a que se segue, depois de um intervalo de 24 horas, a indução da buprenorfina, numa pequena dose que se vai aumentando progressivamente, segundo as necessidades do doente.



A administração deste medicamento que em doses baixas possui efeitos agonistas e em doses elevadas (8mg a 16mg) tem efeitos antagonistas, deve sujeitar-se a controlo de uma pessoa responsável, indicada pelo doente, pelo menos no início do tratamento (Patrício, L., 2002).

A buprenorfina é por vezes objecto de destilação por parte de alguns toxicodependentes, que procuram, pela utilização da via parentérica, o seu efeito agonista (Patrício, L., 2002). Este é o motivo pelo qual a este fármaco é atribuído um valor acrescido de mercado que por vezes justifica o seu tráfico junto da população toxicodependente. Este medicamento se injectado pode causar problemas nas veias e um maior risco de infecção. Como refere Patrício (2002): “...Importa não esquecer os consideráveis perigos de embolia e de amputação de membro, associados à administração endovenosa deste fármaco...”

#### **1.1.4. Heroína (Diacetilmorfina)**

É um opiáceo semi-sintético, derivado da morfina. O seu tempo de semi-vida é curto (vida média de eliminação de 0.5 horas), prolongando-se os seus efeitos por 4 a 5 horas (Seidenberg, A. e Honegger, U., 2000).

A administração de heroína, nos países que não Portugal, que a disponibilizam, é muito restritiva e sujeita a uma rigorosa supervisão. Como refere Patrício (2002): “... A prescrição de heroína por via endovenosa, tem ocorrido em doentes crónicos, nos quais fracassaram outras tentativas prévias de tratamento, nomeadamente com metadona, mesmo na forma injectável...”

Ainda segundo Patrício, L. (2002): “... Estes programas com heroína não têm por objectivo ajudar a pessoa a deixar a droga, mas procuram promover um controlo social e sanitário de quem consome heroína de rua, minimizando os danos da sua marginalidade e da sua exclusão social...”

Os programas com heroína, utilizando as vias, inaladas ou fumada, não têm tido aceitação terapêutica (Patrício, L. 2002).

### **1.1.5. Morfina**

É um alcalóide do ópio e tal como a metadona, é também um agonista específico dos receptores opiáceos  $\mu$  (Seidenberg, A. e Honegger, U. 2000). A sua vida média de eliminação é de 3 horas e os seus efeitos mantêm-se durante 4 a 5 horas (6 a 12 horas na forma retardada).

Como refere Patrício (2002): "... Está descrito o uso de sulfato de morfina em tratamento de substituição, quer por via oral quer por via endovenosa. Contudo os seus efeitos são pouco estáveis e implica mais do que uma toma por dia. Pelos efeitos secundários que pode provocar, entre os quais, náuseas e vômitos, a adesão terapêutica não é significativa..."

Em Portugal, são conhecidas situações relacionadas com o seu mau uso, que no passado se relacionou com a acessibilidade que se mostrou como demasiado facilitada a este produto, por parte de toxicodependentes desinseridos de qualquer programa terapêutico estruturado (Patrício, L., 1997).

### **1.1.6. Codeína (metilmorfina)**

A codeína é um alcalóide do ópio que, quando puro, o constitui em percentagens que variam entre 1 e 4 % (Seidenberg, A. e Honegger, U., 2000). Esta substância tem uma vida média de eliminação de 3 a 4 horas, prolongando-se o seu efeito por 4 a 6 horas. A codeína, que do ponto de vista farmacológico é um agonista puro, apresenta uma actividade intrínseca sobre os receptores  $\mu$  baixa e uma afinidade especialmente escassa pelos referidos receptores, sendo explicado o seu efeito analgésico pela sua fracção (10%) que se metaboliza no fígado até à sua conversão, por

desmetilação, em morfina (Seidenberg, A. e Honegger, U., 2000). Existe uma considerável variação individual quanto à referida capacidade de desmetilação hepática (5 a 10% da população branca não pode, por um polimorfismo genético, desmetilar a codeína e converte-la em morfina). A sua potente acção antitússica e antidiarreica faz pensar que se pode unir a outros receptores com uma alta afinidade. Como refere Patrício, L. (2002): "... Estando disponível, este opiáceo, cuja dosificação se pode aumentar rapidamente até se atingirem as doses suficientes e mesmo reduzir e eliminar de forma também rápida, poderá ser objecto de abuso, sendo raros os Serviços que o utilizam como manutenção em terapia de substituição...", apesar dos resultados observados serem semelhantes aos verificados com os tratamentos a longo prazo com metadona (Vertheim, 1996).

Como referem Seidenberg e Honegger (2000): "...A codeína, como tratamento de manutenção de opióides, foi inicialmente utilizada por Grimm nos anos 70 na Alemanha (Elias, 1994), tendo-se esta modalidade de tratamento desenvolvido muito importantemente em consequência das limitações então impostas aos programas com metadona naquele país..." As estimativas conhecidas indicam que 8.800 pacientes no ano de 1998 e 3.700 pacientes no ano de 2000 estavam medicados com este fármaco na Alemanha (Observatório Europeu da droga e Toxicodependência. Relatório Anual de 2003).

x x x

Depois de nos termos referido, ainda que de forma sucinta, às bases neurobiológicas relativas às condutas aditivas e às abordagens terapêuticas mais frequentemente utilizadas no âmbito da prescrição com morfínomiméticos, procederemos à abordagem dos programas de substituição opiácea, considerando sobretudo o seu desenvolvimento histórico, as suas diversas configurações e a avaliação da sua efectividade e segurança.

## **2. Programas de Substituição**

Reconhecidamente, as toxicodependências constituem uma multifacetada realidade transnacional ainda não totalmente compreendida pelas numerosas teorias propostas para a explicar, implicando a observância de respostas institucionais e acções multidisciplinares concertadas, que continuamente se devem ajustar no exercício da prática assistencial. É nesta perspectiva que a dependência de opiáceos, que configura um fenómeno complexo no qual se inscreve, quer um componente psicossocial, quer um componente metabólico, importa que seja abordada na sua globalidade, na qual se inserem os programas de substituição com agentes morfínicos, nomeadamente metadona.

A generalidade dos países europeus confronta-se com problemáticas diversas, relacionadas, directa ou indirectamente, com o consumo de substâncias ilícitas, tendo a dependência de heroína se tornado epidémica entre a população jovem. Inicialmente (fim dos anos sessenta e início dos setenta) no Noroeste da Europa, mais tarde (anos setenta) em Espanha, Portugal e Grécia e, posteriormente (anos noventa), no Centro e Oeste do continente europeu. Em alguns países do Nordeste da Europa, tais como a Suécia e a Finlândia, a dependência de heroína tem assumido um nível relativamente baixo, em contraste com o significativo consumo e a dependência de anfetaminas (Farrell e col., 1999).

Apesar dos esforços realizados a nível europeu quanto à coordenação de sistemas de informação relativos à temática das toxicodependências, referentes aos vários países, não tem sido fácil de calcular o número de pessoas dependentes de opiáceos. Os sistemas de registo diferem consideravelmente entre si, dificultando os estudos comparativos interpaíses. Apesar das dificuldades conhecidas, Farrell e col. em 1999, estabeleceram um cálculo aproximado do número de utilizadores problemáticos de opiáceos, por país. Assim, Bélgica, Portugal, Itália, Irlanda, Espanha e França apresentaram os índices mais altos, com um cálculo médio aproximado de 400 por cada 100.000 habitantes (idades compreendidas entre os 16 e os 60 anos). Para o Reino Unido, Grécia e Dinamarca foram calculadas taxas que assumiam valores entre os 300 e os 400, enquanto que para a Áustria, Alemanha e Holanda foram referidos valores entre os 200 e os 300. Para a Finlândia, Luxemburgo e Suécia, o índice referido apresentava um valor inferior a 200.

Embora não tendo o referido estudo considerado outros países europeus, é conhecida a importância que o consumo de heroína tem assumido nos países do Centro e Este da Europa, apesar de constituir um fenómeno relativamente novo.

Na Europa, os tratamentos de substituição com metadona têm uma longa e variada história. Na maioria dos países, verificou-se uma expansão rápida dos Serviços relacionados com as terapias de substituição, sobretudo em Espanha, França e Grécia. A sua rápida expansão tornou-se particularmente evidente em países como o Luxemburgo, Finlândia e Grécia, nos quais os níveis basais de oferta deste agonista opiáceo eram mais baixos. Actualmente, alguns países do Centro e do Este da Europa estão a implementar diferentes programas de substituição com metadona.

A aparição da infecção pelo VIH e a constatação da sua elevada prevalência na população de consumidores de drogas por via parentérica tem motivado profundas modificações do enquadramento sanitário relacionado com o fenómeno das

toxicodependências. A epidemia que a sida configura, constitui em primeiro lugar e fundamentalmente, um problema de saúde pública, representando os consumidores de drogas por via endovenosa, o grupo de infectados de crescimento mais rápido, no qual o vector de propagação é melhor conhecido.

A terapêutica de substituição com fármacos opiáceos, poderá revelar-se de interesse para alguns toxicodependentes de opiáceos, nomeadamente de heroína, muitos dos quais estão frequentemente mergulhados num isolamento marginal, que agrava e complica as suas diversificadas fragilidades.

Apesar dos claros resultados positivos ao nível da qualidade de vida, actividade marginal e expansão do vih, obtidos com a sua implantação, um conjunto significativo de organizações e profissionais e uma parte importante da opinião pública continua a rejeitar ou a limitar a sua indicação a situações extremas, nas quais a gravidade das patologias associadas, dificulta ou torna mesmo impossível qualquer outro tipo de abordagem terapêutica.

A substituição opiácea, pelas características próprias que lhe são inerentes e enquanto estratégia terapêutica de duração relativamente indeterminada, que deve constituir-se apenas como primeira resposta assistencial em determinadas situações particulares que a justifiquem, importa todavia que seja processada num enquadramento regulamentar definido por normas claras, facilitadoras do exercício de papéis dos diferentes intervenientes, técnicos e doentes, que com ela se relacionem.

Neste âmbito, necessário se torna bem definir os seus objectivos, as modalidades de acesso a este tipo de programas e os seus critérios, quer de admissão, quer de exclusão e clarificar as condições nas quais ocorrerá a administração do fármaco opióide.

A indicação técnica da sua implementação deve ser antecedida duma criteriosa avaliação global, multidisciplinar, das necessidades dos toxicodependentes, da qual

decorra a organização de projectos personalizados de tratamento, participados pelos doentes. Estes planos terapêuticos assistenciais devem admitir a inclusão de recursos diversos no quadro do acompanhamento psicoterapêutico a que aqueles se referem.

A prescrição controlada de opiáceos deve ser contemplada, como um verdadeiro tratamento psicofarmacológico, indicado para aqueles toxicodependentes que se mostram resistentes a qualquer abordagem terapêutica e que recaem sistematicamente nos hábitos tóxicos.

As políticas de redução de riscos e minimização de danos em toxicodependência que progressivamente têm vindo a ser adoptadas pelas administrações sanitárias da maioria dos países ocidentais, reclamam da absoluta necessidade dos programas de manutenção com metadona no travar da expansão da sida.

Uma correcta prescrição controlada de opiáceos poderá assim fazer-se anteceder de um ensaiado tratamento com antagonistas, que fracassou.

A questão da relação de complementaridade ou de oposição entre os programas de manutenção com agonistas e antagonistas opiáceos é de muita relevância prática na clínica diária. Frequentemente, os programas de manutenção com antagonistas (naltrexona) têm sido apresentados como os verdadeiros tratamentos que facilitam a “cura” dos toxicodependentes, evitando as recaídas, por contraposição aos programas de manutenção com agonistas, que prolongariam o processo aditivo. O problema assim formulado é, para além de incorrecto, inconveniente para que a sociedade em geral e os profissionais em particular possam, quer efectuar uma análise apropriada da real utilidade de cada um dos programas, quer aceitar que ambos constituem abordagens complementares e absolutamente necessárias quanto ao concretizar de uma aproximação dos transtornos por dependência de opiáceos.

No âmbito da dependência de opiáceos, os tratamentos com antagonistas representam um valioso recurso terapêutico para ajudar a manter a abstinência quando

se verifica uma boa resposta aos tratamentos de desintoxicação associados a processos de desabitação e reabilitação. A possibilidade de que uma boa evolução clínica fique em risco ou fracasse pelo efeito gratificante de consumos pontuais de heroína, poderá aconselhar à prescrição de tratamentos de manutenção com antagonistas opiáceos, como suporte e apoio da abordagem psicoterapêutica.

Na actualidade desconhecem-se os parâmetros indicadores de condutas de auto-medicação, pelo que os tratamentos da heroinodependência, com frequência, se iniciam pela desabitação, que se consolida pela prescrição de um fármaco antagonista opiáceo, se não se verificam contra-indicações à sua prescrição (Casas, M., 1995). Como refere Casas (1995): "...Serão as sucessivas recaídas e a evolução clínica global do doente que permitirão considerá-lo como um consumidor de heroína através de um processo de auto-medicação e por isso, admitir a possibilidade da sua inclusão em programas de manutenção com agonista opiáceo.

Os tratamentos de manutenção com antagonistas e agonistas opiáceos, não devem por isso ser considerados como programas contrapostos, pois que são, no exercício de uma boa prática clínica, complementares e ambos imprescindíveis actualmente (Casas, M., 1995).

### **2.1. Considerações Histórico-Desenvolvimentais**

A introdução dos programas de substituição com metadona constituiu um marco na abordagem da dependência de opiáceos, quer pelo carácter inovador que a proposta constituiu, quer por ter representado uma nova conceptualização do próprio transtorno.

Desde o seu aparecimento, os programas de substituição com metadona, que durante largos períodos de tempo se inscreveram numa lógica reducionista que considerava a respectiva prescrição como último recurso na terapêutica da



toxicodependência, têm estado sujeitos a múltiplas vicissitudes, sobretudo relacionadas com questões de natureza político-social e não tanto com avaliações clínicas fiáveis.

O papel desempenhado pelos programas de substituição com aquele fármaco morfínomimético no contexto da abordagem terapêutica da dependência de opióides, continua todavia controverso e polémico.

Referenciada por uns como um medicamento revolucionário e por outros como uma simples droga legal, as contestações envolvendo a prescrição de metadona têm-se atenuado sob o efeito dos problemas sociais e de saúde pública, levantados pelo incremento de patologia médica diversa, frequentemente observada na população dependente do consumo endovenoso de opiáceos.

Os programas com agonistas opiáceos apresentam-se na actualidade como um dos recursos chave, a utilizar com a finalidade de diminuir a prevalência de infecção pelo VIH na população toxicodependente.

Efectivamente, a conhecida pandemia produzida pelo VIH e a relação actualmente inquestionável do binómio droga-sida, a emergência crescente de outras patologias de natureza infecto-contagiosa, como as hepatites e a tuberculose pulmonar e o marcado inter-relacionamento do consumo de drogas também com situações como a desestruturação familiar, o desemprego, o abandono escolar e a delinquência, têm constantemente questionado a sociedade quanto às suas políticas de saúde. De facto, estas problemáticas de natureza sócio-sanitária têm muito contribuído para o aprofundamento de consideráveis mudanças, que progressivamente se têm vindo a operar no enquadramento assistencial das toxicodependências, no qual se inscrevem as diversas formas de tratamento apoiadas na prescrição de metadona.

A frequente verificação da insuficiência assistencial do direccionamento da intervenção em toxicodependências centrada em exclusivo na abstinência de substâncias

ilícitas, também tem determinado nos últimos anos, importantes modificações nas políticas sanitárias da maioria dos países ocidentais.

Até muito recentemente, a quase totalidade das estratégias de intervenção dirigidas a esta população, estavam orientadas e desenhadas, quase exclusivamente, para toxicodependentes claramente motivados para abandonar o consumo de substâncias ilícitas. Baseada na lei do “tudo ou nada” e no critério de “tolerância zero”, a oferta única de programas centrados exclusivamente na abstinência, caracterizou o panorama da abordagem das condutas aditivas até à progressiva implementação dos programas de redução de riscos e danos e à conseguinte coabitação de ambas as abordagens, numa complementaridade nem sempre harmónica.

A constatação generalizada, quer da limitada efectividade, quer da insuficiente cobertura da oferta terapêutica clássica, baseada unicamente em programas de intervenção orientados para a abstinência, o aparecimento do vírus da imunodeficiência humana (vih) e a rápida expansão da infecção nos utilizadores de drogas pela via parentérica, população na qual a seroprevalência do vih adquiriu características de pandemia e a progressiva tendência, que se tem vindo a verificar, na modificação da clássica relação hierarquizada, profissional-utilizador de drogas ilegais, têm contribuído, fundamentalmente, para impulsionar e favorecer a necessidade e desenvolver os programas de redução de riscos e minimização de danos.

O aparecimento da sida constituiu o factor catalisador dos referidos programas em muitos países, tendo a referida epidemia, que progressivamente se instalou, representado o principal motivo pelo qual determinados decisores políticos passaram a permitir a implementação daqueles programas.

Também da necessidade de fazer aproximar das instituições assistenciais, a população de toxicodependentes que se tem mostrado “naturalmente” desinteressada

dos tradicionais programas de tratamento livres de drogas, tem decorrido uma revalorização acrescida dos tratamentos com metadona.

A expansão dos Serviços relativamente aos programas de substituição com metadona tem resultado da específica resposta institucional que se tornou necessário de organizar em função da epidemia do vih/sida entre os utilizadores de drogas ilegais. Sendo certo que na maioria dos países não se verificaram problemas especialmente graves relacionados com a expansão dos programas, outros expressaram oportunamente as suas preocupações, quer quanto à falta de preparação básica de alguns clínicos relacionados profissionalmente com a prescrição de substituição, quer quanto ao controle desta e da sua utilização pervertida pelos respectivos utilizadores.

Aquelas mudanças têm-se caracterizado pelo frequente questionamento das privilegiadas estratégias de abstinência completa e pelo comprometimento com novos programas assistenciais que preconizam a incorporação de estratégias de redução de riscos e danos, com frequência associados particularmente ao consumo endovenoso de substâncias ilegais.

Quando se iniciaram os programas de substituição com metadona, os heroíno-dependentes caracterizavam-se por consumir maioritariamente heroína como droga ilícita primária e apresentar situações orgânicas, nas quais o principal motivo de preocupação médico-sanitária era representado pela hepatite B. Actualmente e cada vez com maior frequência, os pacientes que iniciam tratamento com aquele agonista opiáceo apresentam múltiplas dependências, particularmente de álcool, cocaína e ansiolíticos e paralelamente, uma crescente morbilidade e mortalidade.

Nas últimas décadas, o fenómeno das toxicodependências experimentou consideráveis modificações, fundamentalmente relacionadas com as novas problemáticas sócio-sanitárias associadas ao consumo de drogas por via endovenosa.

A marginalidade, o desemprego, a escassez de recursos económicos, a alimentação deficiente, a falta de abrigo e os problemas legais constituem, entre muitas outras, situações frequentes no âmbito da população toxicodependente que dificultam a possibilidade de desenvolvimento de uma vida saudável e autónoma.

Estas características diferenciais da população toxicodependente, e nomeadamente as relacionadas com o aumento da sua morbilidade referente ao vih/sida, têm tido um forte impacto na generalidade dos programas de intervenção em toxicodependências e particularmente sobre os programas de manutenção com agonista opiáceo.

Os programas de metadona iniciados na década de 60 enquanto outro tratamento da dependência de opiáceos, têm, entre outros, como novos objectivos (década de 90) ajudar também, quer a diminuir a expansão do vih em dependentes de opióides, quer a melhorar a sua qualidade de vida.

À organização dos seus respectivos modelos de intervenção assistencial no que às toxicodependências se refere, não tem sido indiferente, nem a magnitude e a história do problema com o qual se têm confrontado, nem tão pouco, obviamente, as suas diferenciadas subscrições de referenciais orientadores de natureza, quer política, quer estratégica, que se têm constituído como determinadores essenciais das suas privilegiadas actuações sanitárias.

O tratamento de manutenção com metadona, configurando uma abordagem terapêutica ainda regionalmente controvertida, apesar da acumulada evidência científica da sua efectividade, constitui na actualidade a forma mais comum de substituição terapêutica da dependência de opiáceos, estimando-se que a nível mundial envolva aproximadamente 500.000 toxicodependentes (300.000 na Europa; 180.000 na América; 20.000 na Austrália) (Farrell e cols., 1999; Parrino, 1999).

Dole e Nyswander nos Estados Unidos da América teorizaram a dependência de opiáceos como doença fisiológica, caracterizada por uma deficiência metabólica permanente e concluíram que a melhor forma de a controlar seria pela administração daquele fármaco opiáceo sintético, que estabilizaria a referida deficiência metabólica (Dole e Nyswander, 1965). Aqueles autores sugeriram que determinados pacientes heroíno-dependentes não podiam deixar de consumir opiáceos se queriam manter uma razoável qualidade de vida. Na actualidade, as neurociências indicam-nos claramente que estes indivíduos que recaem sistematicamente, devem ser considerados como doentes que se automedicam, utilizando a substância opiácea não apenas como droga, mas também como remédio, ilegal e perigoso, para compensar uma série de perturbações físicas e ou psíquicas de que padecem. Esses mesmos autores concluíram que altas doses diárias “de bloqueio” de metadona oral fariam desaparecer a ansiedade pelo consumo de heroína e bloqueavam os seus efeitos eufóricos.

No âmbito dos tratamentos de substituição com metadona, os objectivos de manutenção e de desintoxicação estiveram durante muito tempo em oposição. Até aos anos 60, a manutenção constituía o único objectivo, sendo a doença considerada como crónica.

Desde os anos sessenta, o tratamento de manutenção com metadona tem passado por importantes modificações, no que se refere particularmente aos objectivos a que se propõe, doses utilizadas e expansão de Serviços relacionados. O objectivo do tratamento deixou de ser a manutenção a longo prazo e passou a ser, com frequência, a abstinência absoluta de todos os opiáceos (desintoxicação), incluindo da própria metadona, a conseguir num tempo de prescrição muito mais reduzido. Nesta perspectiva, as altas doses médias de bloqueio, preconizadas por Dole e Nyswander, quanto à prescrição de metadona, foram progressivamente substituídas por doses médias muito mais baixas,

tendo em vista apenas a prevenção do síndrome de privação, finalidade que nem sempre alguns programas conseguiam.

Nos anos oitenta, devido à epidemia de vih/sida, repensou-se a efectividade do tratamento de manutenção com metadona, tendo-se registado um incremento das doses do agonista prescrito (que diversos autores passaram a considerar como ineficazes quando inferiores a 60mg/dia) e o aparecimento de novos e diversificados programas de tratamento.

As avaliações então efectuadas demonstraram que os resultados são tanto melhores quanto o tratamento não estiver sujeito a uma limitação temporal e as doses do fármaco agonista prescrito forem elevadas. Mais do que um objectivo terapêutico, a desintoxicação passou a ser considerada como uma consequência positiva, a mais ou menos longo prazo, do tratamento.

No momento actual, caracterizado pela expansão do vih/sida entre a população de toxicodependentes, alguns autores acreditam que uma política que subscreva a prescrição de doses baixas poderá revelar-se como inadequada para os dependentes de opiáceos em tratamento, tal como para os seus parceiros sexuais e filhos (Newman, 1998; Schuster, 1989).

Em diversos países encontram-se disponíveis diferentes formas de substituição de opiáceos, que incluem outros fármacos para além da metadona. Em França, no ano de 1997, dos toxicodependentes que efectuavam substituição opiácea, a sua maioria (25.000) estava incluída em programas de tratamento com bupremorfina e apenas uma sua pequena parcela encontrava-se medicada com metadona.

A nível europeu, verificam-se diferenças consideráveis quanto à autorização de prescrição de tratamento com metadona no âmbito da dependência de opiáceos. Alguns países têm centralizado aquele tratamento em programas especiais (Dinamarca, Finlândia, França, Grécia, Itália, Portugal, Espanha e Suécia), relativamente aos quais

os médicos de família têm uma colaboração variável, ou simplesmente não colaboram e outros dispõem de estruturas não tanto centralizadas com as quais aqueles clínicos se relacionam numa forma muito mais aprofundada (Áustria, Bélgica, Alemanha, Luxemburgo, Holanda e Inglaterra).

Na maioria dos países do Este Europeu encontram-se disponíveis programas de substituição com metadona, a maior parte dos quais integrando projectos-piloto ou Serviços de tratamento individual (Bulgária, Croácia, República Checa, Estónia, Letónia, Polónia, Roménia e Eslováquia). Na Hungria, a prescrição de metadona ocorre num contexto individual, por médicos psiquiatras e de família.

O número de pessoas em tratamento com metadona por cada 100.000 habitantes com idades compreendidas entre os 16 e os 60 anos, é de 6 na Finlândia, Luxemburgo e Grécia, 16 na Suécia e França, 33 em Portugal, 75 na Dinamarca e Alemanha, entre 96 e 145 no Reino Unido, Bélgica, Itália, Holanda e Irlanda e de 206 na Espanha (EMCDDA, 1998).

A nível mundial, a maioria das pessoas a efectuar tratamento com metadona é constituída por homens com idades compreendidas entre os 25 e os 40 anos. Desta população, fazem parte subgrupos de toxicodependentes que apresentam necessidades específicas. Desses grupos, assumem particular importância as mulheres grávidas, os jovens, os portadores de VIH/sida e hepatites, os doentes mentais e os politoxicodependentes, tais como os doentes hospitalizados e os reclusos.

Historicamente, o tratamento de manutenção com metadona continua a constituir a terapêutica de substituição de opiáceos mais frequentemente usada nos Estados Unidos, Austrália e Europa. Todavia, frequentemente também a metadona é utilizada como fazendo parte do tratamento de desabitação de opiáceos. Estes programas de desabitação permitem a supervisão da abstinência de opiáceos pela utilização da metadona, pela qual se reduzem os sintomas de privação. Neutralizado que esteja o

síndrome de abstinência, procede-se à redução progressiva do fármaco agonista, procedimento que pode revestir modalidades diversas.

Apesar da maioria da metadona ser prescrita por via oral, há contudo algumas iniciativas de prescrição de tratamento de substituição utilizando a via endovenosa. Alguns estudos compararam grupos de doentes nos quais foi prescrita metadona oral com outros grupos de pacientes medicados com metadona parentérica. Não existe, contudo, evidência suficiente que permita concluir por melhores resultados da via parentérica, relativamente à oral, no que à prescrição de metadona se refere. Tudo o que é possível de dizer é que podem existir, ou verificar-se, importantes riscos e alguns benefícios são possíveis (Ward e cols., 1998).

Os programas de manutenção com metadona não devem constituir todavia uma simples estratégia de redução de riscos face à pandemia da sida, destinados ao desaparecimento, quando se controlar a disseminação desta doença. Representam, pelo contrário, efectivos tratamentos psicofarmacológicos, cuja prescrição devendo ser complementar dos tratamentos com antagonistas, deve também ser independente dos riscos sociais associados às condutas marginais, que apresentam os toxicodependentes.

## **2.2 Tipos de Programas**

Pela substituição opiácea propõe-se ao doente a substituição dos seus consumos de opióides, pela toma medicamente controlada, de um medicamento opiáceo que se induz de forma progressiva.

O tratamento de substituição com metadona, não constituindo uma qualquer panaceia, nunca deve ser iniciado em toxicodependentes que não sejam dependentes de opiáceos, nem se deve limitar apenas à administração do fármaco.

O início do tratamento com metadona impõe-se que seja antecedido de um estudo cuidado da adição e do nível da dependência a abordar, devendo a determinação



da dose inicial, a indução subsequente e o plano de tratamento decidir-se cautelosamente. Os utentes dos programas de substituição com metadona devem igualmente ser especificamente instruídos sobre esta modalidade terapêutica. Informar os pacientes dos efeitos farmacológicos e toxicológicos do fármaco agonista opióide e dos riscos da sua associação com determinadas substâncias psicoactivas que, eventualmente, se disponham a consumir, constitui também um imperativo que importa nunca negligenciar ou subestimar. Neste contexto, o consumo concomitante de outras substâncias igualmente depressoras do sistema nervoso central deve ser especialmente prevenido pelos riscos confirmados de sobredosagem.

Com a substituição opiácea, em manutenção estabilizada, impede-se o sofrimento físico relacionado com a falta de heroína e anula-se ou pelo menos reduz-se significativamente, o mal-estar psicológico resultante da falta de droga, o craving.

As doses do medicamento opiáceo devem ser suficientes para que o doente não sinta necessidade de usar heroína, eventualmente saturando os receptores opiáceos e impedindo assim a gratificação, com eventuais consumos de opiáceos ilícitos.

Como é conhecido, o doente mostra-se ambivalente face ao uso de heroína e de outras drogas, pelo que se as doses prescritas de metadona forem insuficientes, poderá ver aumentado o seu desejo e intensificada a necessidade de consumir heroína. As doses de saturação impedirão a observância dos efeitos desta.

Como a prescrição dos fármacos de substituição provoca dependência, esta metodologia terapêutica deve ser perspectivada para que posteriormente, se interrompa essa dependência, quando tal for oportuno (abstinência consolidada do consumo de substâncias ilícitas, qualidade de vida melhorada, processo de interacção e reinserção social favorecido).

Considerando que a abstinência de opiáceos ilícitos poderá ou não constituir um objectivo imediatamente factível, a configuração dos programas de substituição deve

ajustar-se à grande diversidade de necessidades assistenciais que os doentes apresentam e traduzir, pela discriminação diferenciada dos seus objectivos, modalidades de intervenção complementares, mais ou menos exigentes. Referimo-nos nesta perspectiva à prescrição médica de agonista opióide de substituição, enquadrada pelos programas de intervenção ditos de alto, médio ou baixo limiar de exigência. Estes diferentes programas poderão facilitar o acesso a cuidados de saúde, não apenas àqueles toxicodependentes que se mostrem capazes de se comprometer com a abstinência do consumo ilícito enquanto objectivo prioritário, mas também aos outros, a quem não interessa, em determinado tempo, um tal registo de participação exigente, ao qual se mostram frequentemente impossibilitados de aderir.

O tratamento com opiáceo de substituição não deve constituir a primeira resposta terapêutica a promover. Deve ser equacionado quando outros métodos terapêuticos não se mostraram suficientes quanto à ajuda ao doente e quando naturalmente, existir indicação para primeira escolha. Se existem contra-indicações para o uso destes medicamentos (insuficiência respiratória severa, insuficiência renal; grave insuficiência hepatocelular; traumatismo craniano e hipertensão intracraniana; estado convulsivo; intoxicação alcoólica aguda e delirium tremens; síndrome abdominal agudo de etiologia desconhecida), também há indicações específicas para que a substituição opiácea seja considerada como um “tratamento de primeira linha”, nomeadamente nas grávidas e em doentes com graves doenças orgânicas ou psiquiátricas. Poderão também constituir primeira indicação para tratamento de manutenção com metadona, a incapacidade que os doentes apresentem para iniciar um programa de tratamento orientado para a abstinência e as situações particulares que configurem a existência de graves problemas de marginalidade.

Nas últimas décadas o fenómeno das toxicodependências experimentou importantes modificações, fundamentalmente relacionadas com as novas problemáticas

sanitárias e sociais associadas ao consumo de drogas por via endovenosa. Quando se iniciaram os programas de substituição com metadona, os heroinodependentes caracterizavam-se por consumir, maioritariamente, heroína como droga primária. Actualmente e cada vez mais, os doentes admitidos nestes programas, apresentam múltiplas dependências, particularmente de álcool, cocaína e ansiolíticos e uma crescente morbilidade e marginalidade.

Das características da população toxicodependente e dos objectivos actuais dos programas de manutenção com metadona, resulta a necessidade de uma oferta assistencial integrada, da qual faça parte uma ampla gama de serviços. Nesta perspectiva e considerando a complexidade da problemática associada ao consumo de drogas por via endovenosa, uma abordagem assistencial integrada da problemática toxicodependente relacionada com os opiáceos, deverá considerar as vertentes médico-psiquiátrica, psicológica e social. Por isso, se conclui que os programas de manutenção com metadona deverão, preferencialmente, incluir estratégias de prevenção e tratamento de doenças infecto-contagiosas e serviços sociais agilizados, que facilitem a reinserção (McLellan, 1993).

Da elevada prevalência de perturbações mentais associadas às toxicodependências (W. Lowenstein, 1995; P. Duro; J. Colom; M. Casas, 1995) resulta a necessidade de sempre fazer incluir nestes programas de intervenção terapêutica os cuidados psiquiátricos e psicológicos, para a detecção e tratamento de patologia mental concomitante. A necessidade de oferta destes serviços (psiquiátricos e psicológicos), no âmbito dos programas de substituição com metadona, é reforçada pela evidência de que estes constituem, com frequência, o tratamento de eleição para os heroinodependentes, que apresentam simultaneamente perturbações psiquiátricas e que, sendo de difícil manejo clínico, necessitam de um controlo assistencial estrito (P. Duro; J. Colom; M. Casas, 1995).

McLellan e cols. (1993), num estudo sobre os efeitos associados à incorporação de serviços psicossociais nestes programas, observaram que os pacientes que recebiam mais serviços durante o tratamento obtinham melhores resultados. De igual modo, aqueles autores verificaram também que os programas terapêuticos que proporcionavam mais serviços aos seus utilizadores, mostravam-se como mais efectivos relativamente àqueles que apenas ofereciam metadona. As referidas constatações, fundamentam assim a utilização das abordagens terapêuticas globais no reabilitar de heroínodependentes.

No passado, os pacientes que não acorriam aos centros de tratamento ou que recusavam os recursos existentes não constituíam, para os técnicos, um motivo grave de preocupação. Supunha-se então que o seu desinteresse se devia a falta de motivação que impossibilitava temporariamente qualquer tipo de intervenção, que posteriormente se tornava possível pela sua solicitação de admissão a tratamento. Actualmente, a infecção por VIH/sida tem obrigado os profissionais a reconsiderar determinados princípios que pareciam inquestionáveis e motivado os seus esforços no sentido da adaptação dos programas às necessidades dos toxicodependentes, para que estes procurem os centros de tratamento e se melhore a sua retenção em consulta.

O tratamento com metadona não deve constituir pois um apoio isolado, mas antes deve integrar-se numa estratégia de intervenção mais ampla, a que corresponderá um programa terapêutico global desenhado pela equipa técnica multidisciplinar responsável pelo acompanhamento/seguimento institucional em cooperação com os utentes. É importante identificar e tratar as diferentes problemáticas associadas, através quer dos diferentes técnicos, competentemente relacionados com o programa, quer da coordenação com outros Serviços ou Instituições, responsáveis pelo supervisionamento destas especificidades. Na perspectiva desta intervenção multimodal, o trabalho multidisciplinar e interinstitucional mostra-se como absolutamente essencial.

Aceita-se sem aparentes reservas, a relevância que assume o acompanhamento psicoterapêutico no âmbito dos programas de tratamento com metadona, seguimento este que deve ser organizado e implementado em função das necessidades específicas que os doentes apresentem. No início do tratamento e aquando de situações de crise, as consultas poderão revelar-se como mais frequentemente necessárias. No decurso do tratamento e quando os pacientes se encontram já perfeitamente estabilizados, a sua frequência poderá tornar-se consideravelmente reduzida.

Que a toxicodependência exija uma abordagem global não significa obrigatoriamente que todos os consumidores necessitem de tratamento psicossocial. Neste domínio importa considerar sempre as necessidades dos doentes, admitindo que estas evoluem no decurso do tratamento. Algumas dificuldades tornam-se todavia frequentemente aparentes, pois que nem sempre os técnicos dispõem das respostas que se tornam mais necessárias. Do ponto de vista das necessidades sociais, confrontam-se frequentemente com os limites impostos pela protecção social, antes de tudo para os mais excluídos, mas também para os consumidores melhor inseridos, mas ainda em situações de precariedade que ameaçam a sua inserção. Também do ponto de vista psicoterapêutico, frequentemente não é fácil encontrar, no âmbito do sistema de saúde mental, as respostas adequadas às frequentes perturbações psicopatológicas associadas, que se tornam visíveis. Também é verdade que por vezes os consumidores que poderiam beneficiar de apoio psicoterapêutico não desejam utilizá-lo, quer porque a experiência já foi tentada anteriormente e fracassou, quer porque o toxicodependente se recusa a qualquer introspecção no âmbito da referida abordagem psicoterapêutica.

Importa saber que o seguimento ou o suporte psicoterapêutico são por vezes desinvestidos pelos doentes, depois que são admitidos nos programas de substituição opiácea. Aos técnicos cabe o papel de os motivar quanto ao envolvimento, que vá para

lá das tomas do agonista opiáceo. Estas não podem significar, por si só, tudo o que pode ser feito como tratamento da toxicodependência.

Se a capacidade para influir nas características dos utentes é limitada, a possibilidade de modificar as características dos tratamentos com metadona que se disponibilizam é maior. Segundo Payte e Khuri (1993), “na era da infecção pelo VIH e sida, os argumentos de que os pacientes recaem nos consumos porque não estão suficientemente motivados ou preparados, não tem justificação. Muitos clínicos têm a experiência de utentes que reiniciaram tratamento de manutenção com metadona quando estão já infectados pelo VIH durante a recaída”. Por isso, importa adequar as características dos programas de manutenção com metadona às necessidades dos doentes tendo em vista o favorecimento da sua retenção em tratamento e o incremento da eficácia deste.

Na Europa, os programas de tratamento com metadona estão organizados de diferentes modos. Frequentemente, apenas se permite aos centros especializados no tratamento da toxicodependência a prescrição daquele fármaco opióide, mas, por vezes, são os médicos de família e as farmácias da comunidade, os implicados na sua prescrição e dispensa. A questão básica, mas fundamental, envolve a decisão política quanto ao considerar este tratamento com metadona como um cuidado que deva ser referenciado a instituições específicas especializadas, ou como devendo integrar os cuidados primários de saúde. Do posicionamento organizativo privilegiado e do quadro legislativo que o enquadra, depende, em consequência, a forma como a assistência sanitária se organiza numa determinada área geográfica.

Considerando as altas taxas de morbilidade e mortalidade nos heroinodependentes, os esforços do tratamento devem considerar a necessidade de implementação de estratégias de redução de riscos e danos derivados do consumo

endovenoso de substâncias ilícitas, procurando-se por elas, melhorar a sua saúde e a sua qualidade de vida.

Todavia, os compromissos dos programas de manutenção com metadona em políticas de redução de riscos e minimização de danos associados à toxicodependência, não devem dirigir-se exclusivamente à diminuição dos comportamentos de risco para o VIH, mas devem também orientar-se para a melhoria da qualidade de vida dos já afectados, tendo em vista a diminuição do seu risco para adoecer e melhorar o seu bem-estar.

A nível mundial, as opiniões divergem quanto a quem deve corresponder o papel de prescriptor de metadona no âmbito do tratamento da dependência de opiáceos. Pensa-se todavia, que o responsável pela sua prescrição sempre deve ser um médico e que esta responsabilidade não pode, nem deve, ser delegada.

No âmbito das toxicodependências, o exercício de uma adequada prática clínica, exige uma aprendizagem continuada. Assim sendo, as oportunidades de formação são de igual modo importantes para todos os membros das equipas relacionadas com o tratamento, quer das perturbações aditivas em geral, quer da dependência de opióides em particular.

A supervisão organizada e as reuniões regulares das equipas terapêuticas, facilitam quer a coordenação das actividades, que devem ser articuladas entre os diferentes técnicos, quer a análise e discussão do seguimento/acompanhamento dos doentes, no que importa também à realização regular de revisões, quer da farmacoterapia instituída, quer dos projectos globais de intervenção que especificamente se implementaram.

No âmbito da substituição opiácea, os profissionais de enfermagem assumem um papel diversificado conforme o local onde exercem a sua actividade. Frequentemente, são responsáveis pelo controle do cumprimento da medicação e pelo registo de

ocorrências que transmitem aos outros técnicos e em muitos dos programas, coordenam a articulação com os diferentes Serviços e Instituições, onde os doentes também são seguidos por patologias médico-psiquiátricas, frequentemente associadas.

No início do tratamento, as tomas de metadona habitualmente ocorrem sob controlo presencial nas Instituições de tratamento. À medida que o tratamento prossegue e o doente vai melhorando, a administração de metadona pode, segundo alguns autores, passar a ficar sujeita a um enquadramento menos restritivo, o qual poderá incluir a dispensa cautelosa de metadona para administração domiciliária, supervisionada por terceiras pessoas que os utentes referenciem, tendo em vista prevenir o mau uso, o abuso da auto substituição, a substituição não terapêutica e o tráfico deste opióide.

Por este enquadramento, pretende-se favorecer uma autonomia mais alargada dos doentes. Com a finalidade de maximizar este objectivo, em determinadas circunstâncias muito particulares, que obviamente devem incluir a estabilização clínica, algumas Instituições permitem que alguns dos seus utentes procedam à auto-medicação do fármaco agonista opiáceo, que periodicamente recepcionam nas próprias unidades de tratamento ou em estabelecimentos farmacêuticos.

A prática de facilitar doses de metadona para serem administradas sem observação directa de nenhum membro da equipa técnica (take-home), poderá constituir um instrumento de considerável interesse clínico no tratamento de manutenção com metadona, por permitir favorecer a reabilitação dos doentes. Todavia, esta prática deve ser sujeita a uma estreita supervisão, considerados os riscos de desvio ilegal ou abuso do fármaco (McCann e Col., 1994) e apenas implementada nas situações que a requeiram, cumpridas que sejam determinados critérios, de entre os quais salientamos, a confirmada abstinência de substâncias ilícitas e a estabilização das doses prescritas de metadona, aspectos a considerar no âmbito de uma avaliação clínica global, que a deve anteceder.



Habitualmente a metadona é prescrita nas unidades de saúde especializadas no tratamento de toxicodependentes e é administrada sob o controlo visual de um profissional, para obviar à criação de circuitos paralelos de tráfico desse medicamento. Todavia, de acordo com programas específicos, pode ser tomada em outras unidades de saúde, em articulação com a estrutura de tratamento especializado, como sejam os centros de saúde, os hospitais ou as farmácias. Esta parece ser a actuação mais segura para evitar qualquer mau uso relacionado com o fármaco, mas é muito restritiva da mobilidade geográfica do doente. Quando os programas não prevêem doses no domicílio, importa procurar alternativas para os dias em que os Serviços estão encerrados, de forma a garantir a continuidade daquele cuidado médico. Quando as unidades de saúde dispensam a metadona para administração no domicílio do doente, fica aumentando o risco da sua utilização perversa, surgindo as consequências adversas quando aquela facilitação é relaxada. Destas salientamos as situações de uso indevido, de tráfico e mercado negro, de acidentes e de overdoses bem conhecidas dos intervenientes em toxicodependência no âmbito da sua actividade profissional.

Em determinadas circunstâncias (doentes estabilizados e em seguimento institucional), as tomas supervisionadas de metadona podem ocorrer sob a responsabilidade de farmacêuticos que se disponibilizem para esse efeito. Nestas situações, o médico prescriptor e aqueles agentes de saúde, sujeitos previamente a formação apropriada, deverão coordenar-se quanto aos seus procedimentos no âmbito destes tratamentos de substituição.

Frequentemente, os tratamentos de manutenção com metadona são de curta duração, quer porque os toxicodependentes não os desejam prosseguir, quer porque há a ideia vulgarizada, mas errada, de que quanto mais curto eles forem, mais êxito terão. Estes tratamentos devem ser de longa duração para que se obtenham mudanças

comportamentais significativas e solidificadas e seja facilitada a adequada reinserção psicossocial dos seus utilizadores.

A estabilização no contexto da prescrição de substituição oferece aos dependentes de opiáceos a oportunidade de descobrir e trabalhar os motivos que os levaram à toxicodependência, podendo decorrer meses, ou mesmo anos, até que seja oportuno proceder à desabilitação de metadona. Para muitos doentes e apesar da recorrente solicitação que fazem da sua desabilitação, é mais apropriado manter o tratamento.

Os programas terapêuticos devem ser suficientemente prolongados no tempo para que o doente, com o apoio do seu terapeuta, possa estabilizar a gestão do seu quotidiano ainda que com as limitações inerentes aos próprios programas. Só depois disso se deverá preparar a sua saída.

Quando a situação clínica se encontra já estabilizada, a redução do fármaco agonista poderá iniciar-se se o paciente se encontra, consolidadamente abstinente do consumo de opiáceos ilícitos. É importante que o paciente e o terapeuta estejam de acordo quanto à oportunidade dessa redução. Se o doente não está concordante, será preferível manter o regime estabilizado já existente.

Os requisitos para iniciar tratamento com metadona diferem amplamente entre os diferentes programas.

Todavia, em geral, será recomendável que todos os heroíno-dependentes que o requeiram possam ser admitidos em programa de substituição com metadona, desde que haja indicação técnica, quanto a esta modalidade de tratamento, aconselhada pela indispensável avaliação clínica que a deve preceder. Contudo, uma idade mínima, um período determinado de dependência de opiáceos, o estado de saúde física e mental e a motivação pessoal do utente, constituem frequentemente critérios de admissão, a considerar na avaliação inicial a que nos referimos.

Os pacientes devem ser informados acerca da natureza do tratamento e dos possíveis efeitos secundários relacionados com a específica medicação agonista opióide, bem como sobre as suas consequências sociais, tal como sobre a dependência que origina e o aumento da tolerância.

Relativamente ao tratamento da toxicodependência, as análises de amostras de urina, pesquisando metabolitos de substâncias ilícitas, constituem meios de prova do seu consumo, mas devem ser consideradas com ponderação porque não garantem qualquer informação, nem sobre a duração do seu consumo, nem sobre o nível da própria dependência.

Aquele despiste, nas referidas amostras biológicas, de metabolitos correspondentes à heroína e à cocaína assume uma importância relevante no âmbito dos programas de substituição com metadona, considerando a frequência significativa com que ocorre o seu consumo, no decurso deste tratamento.

Aquelas análises foram integradas no quadro dos programas de substituição com metadona com o objectivo de controlar o consumo de psicotrópicos. Estes exames são também igualmente utilizados com o objectivo de avaliar os programas. De um ponto de vista clínico, podem comprovar o consumo de psicotrópicos (opiáceos ou outros produtos, conforme a pesquisa) nos três ou quatro dias que precedem a sua realização. Utilizados no início do tratamento como meio de verificação da existência do consumo de opiáceos, servem também para a comprovação de resultados, quer no que importa à estabilização, quer no que se refere, pelo contrário, à recaída.

A acessibilidade das estruturas de saúde especializadas no tratamento da toxicodependência deve ser fácil, quer quanto à sua localização, quer quanto aos horários de funcionamento que adoptem, não devendo a desejada promoção da reinserção, nomeadamente laboral, ser prejudicada por planificações organizativas que se revelem como excessivamente restritivas destes programas de tratamento.

São conhecidos os comportamentos de resistência que as comunidades envolvidas frequentemente protagonizam a propósito da implementação, no seu interior, de novos centros de tratamento de toxicodependentes. Estas instituições assistenciais funcionam, para muitos dos vizinhos residentes, como atractores, quer de “marginais” cuja presença é obviamente indesejada, quer de criminalidade que receiam ver surgida ou aumentada significativamente. Estas reservas críticas das comunidades vizinhas, que frequentemente antecedem a abertura destas Instituições, habitualmente são depois substituídas por manifestações da sua aceitação. Esta poderá ser favorecida por contactos prévios com representantes reconhecidos das populações, aos quais é importante explicar os objectivos institucionais e o modo de funcionamento das Organizações. Os esperados benefícios potenciais, nomeadamente no que se refere à redução da criminalidade local/regional, pela oferta diversificada de modalidades de tratamento e o contributo destas quanto à promoção da qualidade de vida e da reinserção sócio-familiar, constituem também áreas de esclarecimento que importa relevar, no âmbito daquela interacção sócio-comunitária.

Diversos autores advogam que os utentes dos programas de substituição com metadona devem participar do seu desenvolvimento e da sua implementação, reconhecendo-lhes a oportunidade da sua avaliação. Em diversos países, europeus nomeadamente, estão constituídas associações destes utentes, que colaboram estreitamente com as equipas técnicas, apoiam os utilizadores e contribuem nos amplos debates que se realizam sobre tratamentos relacionados com as toxicodependências.

No âmbito da prescrição médica de metadona, no contexto da toxicodependência, podemos considerar quatro tipos de programas:

### **2.2.1. Desintoxicação / Desabitação**

#### **Programas de Tratamento de Desintoxicação/Desabitação**

Iniciam-se com doses calculadas de metadona, equivalentes ao consumo de droga opiácea e procede-se à sua redução progressiva até zero, geralmente durante três ou quatro semanas. Para evitar que estes programas sejam pervertidos, tem-se proposto que a administração do fármaco ocorra diariamente nas unidades de saúde. Da prática clínica resultou a constatação frequente de dificuldades dos doentes em respeitar o não consumo de heroína ou de outras drogas, incluindo bebidas alcoólicas. Esses consumos que traduzem a manutenção do uso de drogas, podem sujeitar os doentes a riscos acrescidos.

### **2.2.2. Manutenção Opiácea**

#### **2.2.2.1. Programas de Alto Limiar de Exigência**

Os programas terapêuticos de alto limiar ou de alto nível de exigência obrigam a que os doentes cumpram com critérios claros, que podem incluir:

- ☐ Frequência obrigatória de consultas médicas
- ☐ Frequência obrigatória de sessões de psicoterapia
- ☐ Abstinência do uso ilícito de outras substâncias psicoactivas.
- ☐ Realização de análises clínicas, incluindo as referentes ao controlo regular dos metabolitos urinários de drogas.
- ☐ Limitações quanto à acessibilidade ao medicamento
- ☐ Exclusão dos programas por incumprimento de regras.

Em geral, os programas de “alto limiar” caracterizam-se por estarem orientados para a abstinência de opiáceos. Os critérios de admissão que subscrevem são em geral muito restritivos (necessidade de fracassos prévios de outros tipos de tratamento,

antiguidade mínima de alguns anos de consumo de opiáceos, etc.), tal como os de permanência também são exigentes (os utentes devem manter-se em consulta, os controlos de urina, periódicos, devem mostrar a abstinência total de drogas ilícitas, etc.). Estes tratamentos são de duração limitada no tempo e os toxicodependentes estimulados a que os finalizem e se incluam em programas livres de drogas. O critério de êxito está associado à abstinência de todos os tipos de drogas e consecutivamente à supressão da própria metadona (M. Torrens, 1995; C. Castillo; L. San, 1995).

Os programas terapêuticos de alto e médio limiar, orientam-se por critérios de admissão e permanência bem definidos. Geralmente são restritos a dependentes de opiáceos, maiores de idade, com história de dependência de vários anos e com tentativas sérias, fracassadas, com outros métodos credíveis.

#### **2.2.2.2. Programas de Médio Limiar de Exigência**

Nestes programas pretende-se garantir, entre outros aspectos, que os doentes se mantenham em contacto regular com as unidades de saúde, que participem na redução de riscos e danos e que se mobilizem para os programas de tratamento de alto limiar. Os seus critérios de exigência apresentam-se aqui como menos rígidos e há maior tolerância quanto ao incumprimento de regras. As exigências de permanência neste tipo de programas são também menos criteriosas, relativamente aos programas terapêuticos de alto limiar.

#### **2.2.2.3. Programas de Baixo Limiar de Exigência**

Da prática clínica resulta a constatação frequente da existência de doentes que se mostram incapazes de responder positivamente às exigências dos programas de alto e médio limiares de exigência. Para esses, haverá que pensar em alternativas mais

apropriadas à sua realidade psicossocial. Neste âmbito, os programas de baixo limiar de exigência poderão constituir um modo de intervenção mais adequado e conforme.

As estratégias de redução de riscos e danos em toxicodependências, podem definir-se globalmente como um conjunto de acções sócio-sanitárias, individuais e colectivas, dirigidas à minimização das consequências físicas, psíquicas e sociais negativas, associadas ao consumo de drogas (Mino, 1993). De entre elas, destacam-se, pela sua importância actual, os programas de troca de seringas e restante material de injeção, os centros de acolhimento e apoio social temporários, para os toxicodependentes e os programas de manutenção, ditos de “baixo limiar” de exigência, com substitutos opiáceos ou com a própria heroína.

Pelas referidas actividades assistenciais relacionadas com a redução de riscos e danos, no âmbito das toxicodependências, pretende-se evitar ou reduzir o risco de contágio e propagação de doenças infecto-contagiosas, prevenir ou diminuir a marginalização social e a delinquência e promover a aproximação dos consumidores problemáticos às estruturas sócio-sanitárias, onde poderão, posteriormente, aceder a programas livres de drogas, mais exigentes, desejavelmente na condição de seronegativos (O’Hare, 1992; Duroy e cols., 1994).

Nos programas de metadona de baixo limiar, para redução de riscos e minimização de danos, pretende-se que os consumidores de heroína, nomeadamente os mais excluídos, se aproximem e se mantenham em contacto com os Serviços de apoio de âmbito sanitário e social, que lhes disponibilizam alguns meios, pouco ou nada exigindo em sua troca. A metadona neste âmbito, constitui um meio privilegiado de fidelização aos Serviços, de pessoas frequentemente marginalizadas. Após avaliação em consulta médica, procede-se à atribuição da dose de metadona a administrar ao toxicodependente. As doses de metadona que habitualmente não são recusadas, excepto se os doentes se apresentarem sedados ou sob o efeito marcado do álcool, poderão ser

objecto de aumento ou de redução, conforme o cumprimento ou incumprimento de determinados critérios muito elementares.

Este tipo de programas privilegia objectivos sócio-sanitários. Importando-lhes particularmente, como se disse, a aproximação dos consumidores às estruturas assistenciais, não impõem exigências contratuais de abstinência de uso ilícito de substâncias psicoactivas.

Neste tipo de programas valoriza-se o facto do toxicodependente não se injectar ou não cometer delitos, pelo facto de aceder à prescrição de metadona. Não se penaliza o seu aparecimento irregular junto das unidades de saúde e tolera-se o consumo de drogas. A equipa sócio-sanitária procura que o toxicodependente se mobilize para a frequência de programas de tratamento, obrigatoriamente mais diferenciados e exigentes. Os programas de redução de riscos/minimização de danos apresentam-se como francamente úteis, quer para a mobilização para o tratamento, quer para acolher e impedir a rejeição dos toxicodependentes que não toleram, ou não suportam ainda, as exigências dos programas de tratamento (de alto e médio limiar).

Os programas de manutenção com metadona de “baixo limiar”, caracterizam-se pela sua orientação paliativa, não exclusivamente dirigida para a abstinência opiácea. Os critérios de admissão são amplos e genericamente limitados ao diagnóstico de dependência de opiáceos. Por isso, as normas para a continuidade em tratamento são mais flexíveis e habitualmente, apenas constituem motivo de alta involuntária, as infracções relacionadas com agressões e tráfico ilegal nas unidades assistenciais. A duração do tratamento é prolongada e admite-se a possibilidade de que possa ser indefinida, não se estimulando de forma especial a sua finalização. Poder-se-ão realizar controles de urina para a detecção de consumos de substâncias tóxicas, ilícitas, mas todavia, a confirmação do seu consumo não se traduz em alta involuntária ou disciplinar do programa (M. Torrens; C. Castillo; L. San, 1995).



Face às políticas de redução de riscos e minimização de danos, tem havido na Europa, nos últimos anos, um grande incremento do recurso a opiáceos de substituição. Esse alargamento poderá também implicar atitudes de risco, nomeadamente quando são concretizadas prescrições ou é autorizado o fornecimento de opiáceos para administração domiciliar.

Porque as pressões quanto às admissões podem ser consideráveis, necessário se torna ter presente que, como com quaisquer outros programas de tratamento, quando os de substituição opiácea, abrangem muitos doentes e poucos profissionais diferenciados, a qualidade da sua intervenção terapêutica é interferida negativamente, restringindo-se ou anulando-se.

### **2.3. Avaliação**

A prescrição de metadona oral a heroíno-dependentes, constitui um método de tratamento amplamente estudado, existindo variadíssimas informações clínicas detalhadas acerca do seu uso desde que Dole e Nyswander a utilizaram pela primeira vez em toxicó-dependentes.

Os objectivos de um tratamento de substituição com metadona podem ser muito modestos ou muito ambiciosos. Eles visam devolver ao toxicó-dependente, o domínio da sua própria existência que passa, mas não exclusivamente, pelo controlo do consumo de substâncias psicotrópicas. Trata-se de uma estratégia passo a passo (step by step) que reserva frequentemente surpresas positivas.

A avaliação dos serviços assistenciais e dos seus respectivos programas de tratamento constitui uma dimensão essencial à implementação de boas práticas interventivas que, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, se pretende que sejam continuamente melhoradas e ajustadas às realidades dinâmicas dos doentes. Nesta

perspectiva, também os programas de metadona têm sido sujeitos a avaliação frequente, dos seus objectivos e resultados.

A manutenção com metadona constitui provavelmente a forma de tratamento mais avaliada de entre os tratamentos relacionados com as toxicodependências. A maioria dos estudos tem centrado a sua atenção sobre a efectividade da metadona muito mais enquanto tratamento de manutenção e muito menos enquanto forma de desabilitação de opiáceos. Todavia, têm-se vindo a acumular evidências de que a prescrição de metadona, inserida em programas de desabilitação de opiáceos, constitui um meio apropriado de desabilitação total de opiáceos, a que um número crescente de toxicodependentes tem respondido favoravelmente e de forma sustentada. Porém, a desabilitação apenas enquanto tal, tem-se mostrado como raramente efectiva quanto à produção de mudanças pessoais a longo prazo.

Os programas mais efectivos teriam por objectivo a manutenção e não a abstinência, imediata ou a curto prazo, ofereciam doses altas de metadona e uma atenção integral aos seus utilizadores. Os benefícios do tratamento manter-se-iam sobretudo enquanto os doentes permaneciam nos programas, verificando-se altas taxas de recaída após a sua saída.

Efectivamente, os efeitos dos programas de substituição com metadona no âmbito do tratamento das toxicodependências, têm sido objecto de importante e diversificada avaliação internacional e a considerável multiplicidade e variedade de estudos que a seu propósito têm sido realizados, bem comprova do relevante interesse de que o tema se tem revestido.

A proliferação dos mais diversificados modelos de tratamento de manutenção com metadona e o grupo não homogéneo que os toxicodependentes constituem relativamente à sua atitude, disposição e preparação para abandonar o consumo de substâncias ilícitas, têm contudo dificultado muito, a aparência de conclusões unânimes

acerca da efectividade deste tratamento. A frequente variabilidade e incomparabilidade dos seus resultados relaciona-se com factores diversos, particularmente associados às doses utilizadas do fármaco, duração da intervenção terapêutica e serviços de apoio agregados aos programas, características dos toxicodependentes e particularidades da sua relação com as Instituições de saúde e seus respectivos profissionais.

Os referidos programas têm permitido a um considerável número de toxicodependentes, abandonar o consumo de heroína, melhorar o seu estado de saúde e qualidade de vida e readaptar-se sócio-familiarmente.

A estes programas de substituição com metadona tem sido reconhecida a sua eficácia quanto à redução ou supressão do consumo ilegal de opióides e a sua considerada relevância no que se refere à diminuição da propagação da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (vih), diminuição da criminalidade associada, incremento da actividade laboral e retenção elevada dos utentes em tratamento.

A referida efectividade concretiza-se frequentemente num conjunto de alterações significativamente benéficas, quer para o toxicodependente, quer para o seu meio social envolvente. De entre elas, salientamos, como se disse, a diminuição ou mesmo o abandono da utilização da via parentérica, a redução ou eliminação dos períodos de intoxicação que proporcionam consumos de alto risco, como seja o uso de agulhas e material diverso de injeção potencialmente contaminado, a facilitação da reabilitação biopsicossocial, tornando menos frequentes os transtornos orgânicos, a prostituição e as práticas sexuais pouco seguras e a facilitação dos contactos regulares com as equipas terapêuticas.

A avaliação das mudanças de comportamentos de risco nos toxicodependentes incluídos em programas de substituição com metadona conclui todavia por resultados variados. Alguns autores referem, como indicamos, uma clara diminuição ou abandono da via de consumo endovenosa, diminuição das práticas de partilha de seringas e

diminuição do consumo de heroína. Contudo, outros autores não concluem por resultados tão animadores e até descrevem não apenas o uso continuado de drogas ilegais por via parentérica, mas também uma tendência crescente e marcada para o consumo de cocaína pelos heroinodependentes em tratamento com o referido fármaco agonista.

Apesar dos resultados variados a que nos referimos terem vindo a justificar a realização de novos estudos, tendo em vista a identificação dos principais elementos que se possam relacionar com o êxito ou a eficácia do tratamento, permanece a convicção generalizada, entre clínicos e investigadores, da sua grande utilidade sanitária e da necessidade de continuar a ser potenciada a sua implantação.

A eficácia dos programas de manutenção com metadona quanto à diminuição do consumo de opióides ilegais tem sido verificada por numerosos estudos, quer observacionais de seguimento de utentes (Gearing e Schweitzer, 1974; Bale e col., 1980; Simpson e Sells, 1982; Ball e Ross, 1991), quer randomizados controlados, nos quais se comparou a prescrição de metadona com o não tratamento (Gunne e Grönbladh, 1991) e a administração de metadona com placebo (Newman e Whitehill, 1979; Strain e col. 1993).

Determinadas características dos programas de tratamento com metadona, relacionadas com a sua orientação terapêutica, parecem todavia favorecer a retenção em tratamento, como sejam o processo de admissão em tratamento, as doses de metadona prescritas e a duração da intervenção terapêutica. As demoras e obstáculos quanto ao início do tratamento parecem relacionar-se com mais expulsões e abandonos e com consumos mais frequentes de heroína nos primeiros seis meses de permanência nos programas, relativamente às admissões que se processam rapidamente (Bell e cols., 1994).

Nos Estados Unidos da América, foi demonstrado que o êxito do tratamento era influenciado pelas características que os diferentes programas assumiam, de entre as quais destacamos a diversidade de serviços médicos, psicológicos e sociais agregados e a sua integração no âmbito do acompanhamento terapêutico (Ball e Ross, 1991).

Constatações relativas à sua comprovada efectividade têm também contribuído para que, progressivamente, os programas de manutenção com metadona, que se constituem na actualidade como uma alternativa terapêutica fundamental na abordagem terapêutica de alguns toxicodependentes, sejam aceites enquanto outro método de abordagem terapêutica das condutas aditivas a opióides, de que um amplo grupo de toxicodependentes poderá claramente beneficiar.

A maior parte dos estudos efectuados sobre a efectividade dos tratamentos com agonista opiáceo (metadona) nas décadas de 70 e 80 evidenciavam o seu êxito segundo critérios que se relacionavam, quer com a diminuição do consumo de drogas ilegais e da criminalidade, quer com o incremento da actividade laboral e da retenção dos toxicodependentes nos respectivos programas terapêuticos.

Posteriormente, na década de 90, tornou-se aparente a sua manifesta utilidade quanto ao reduzir da expansão da sida, através da sua capacidade para facilitar a diminuição de comportamentos de risco associados ao consumo de drogas por via parentérica (Yancovitz e col., 1998; Schoenbaum e col., 1999; Chaison e col., 1989; Sorensen e col., 1989; Metzger e col., 1990; Arif e Wester Meyer, 1990).

Os programas de manutenção com metadona podem ser consideravelmente diferentes entre si quanto à sua orientação terapêutica e desenho e nem todos se mostram igualmente eficazes quanto aos objectivos a que se propõem, nomeadamente quanto à supressão ou redução do consumo de opióides ilícitos ou à diminuição do risco de infecção pelo VIH.

A análise de custos/benefícios relativa aos programas de substituição com metadona tem concluído pelas vantagens da implementação destes, considerando que é muito mais apropriado abordar os heroíno-dependentes por esta modalidade de intervenção, que “esquecer” na rua todos aqueles que se mostram desinteressados de qualquer acompanhamento institucional, pelos elevados custos de natureza variada que representam para a comunidade.

A maioria dos estudos sobre o tratamento com metadona tem sido realizada nos Estados Unidos. O Instituto Nacional sobre a Adição a Drogas (NIDA), organizou e coordenou diversos estudos sobre os resultados dos distintos tratamentos de manutenção com metadona nos Estados Unidos. São exemplos destes projectos de investigação, o Programa de Informação sobre o Abuso de Drogas (The Drug Abuse Reporting Programme/DARP) que constitui um estudo de seguimento de 12 anos e o Projecto de Investigação de Metadona (The Methadone Research Project – The Ball and Ross Studies) centrado sobre a efectividade do tratamento de manutenção com metadona em vários (6) programas.

Em 1994, Farrell e cols. concluíram que os possíveis benefícios conseguidos pelo tratamento com metadona, vão desde o impacto sobre o consumo de opiáceos ilícitos e sobre os comportamentos de risco relacionados com os consumos endovenosos, até à redução das actividades criminais e alterações sociais positivas.

Ward e Col. concluíram em 1992 que o tratamento com metadona era efectivo, correspondendo à utilização de doses maiores, retenções mais elevadas e melhores resultados. Os programas de tratamento prolongado produziam melhores benefícios. Segundo aqueles autores, este tratamento apesar de efectivo, não corresponde a qualquer panaceia no âmbito do tratamento de heroíno-dependentes. Aproximadamente 50% dos doentes abandonariam ou seriam excluídos do programa durante os 13 primeiros meses e uma proporção considerável dos que permaneciam, apresentavam

consumos reduzidos de heroína ou de outras drogas. Mesmo assim, os resultados seriam positivos quando se comparavam com os relacionados com doentes que não efectuavam o tratamento: grande morbilidade, elevados custos sócio-económicos e mortalidade prematura.

Os resultados reportados aos programas de substituição com metadona, não apresentam sempre a mesma magnitude, verificando-se marcadas diferenças quanto à sua efectividade. Assim, Ball e Ross (1991), num estudo abrangendo vários (6) programas de manutenção com metadona nos Estados Unidos da América, constataram marcadas diferenças na capacidade destes programas para diminuir o consumo de opiáceos por via endovenosa, acesso de utilização privilegiado cuja manutenção variava, entre 10% e 57%, conforme os programas. De igual modo, aqueles autores também constataram diferenças notáveis quanto à sua capacidade para promover mudanças nos hábitos de partilha de seringas. Resultados similares apuraram-se no estudo GAO (Parrino, 1993), que verificou variações de 10% a 47% quanto ao consumo de heroína nos pacientes em tratamento por períodos de tempo superiores a seis meses, em 24 programas de manutenção com metadona que estudou. Nos referidos estudos, os diferentes resultados estavam directamente relacionados com a dose de metadona utilizada. Entre os factores correlacionados com resultados satisfatórios dos programas, os autores destacam sobretudo a dosificação adequada de metadona (60-120mg/dia) e a capacidade daqueles quanto à oferta de um plano terapêutico individualizado e integral, que incluía uma ampla gama de serviços, capaz de responder às necessidades globais dos toxicodependentes.

Actualmente, parece claro que a dose de metadona utilizada é um factor fundamental quanto ao atingimento de resultados positivos, no âmbito dos programas de manutenção com metadona, mostrando em geral, os estudos efectuados, que a sua eficácia é dose-dependente quanto ao bloqueio dos efeitos da heroína, que provoca. A

este propósito, tem-se considerado que a prescrição de doses de metadona inferiores a 60mg/dia é insuficiente para efectuar o referido bloqueio. Paralelamente, outros estudos têm revelado que em doses inferiores a 20mg por dia, os efeitos da metadona não são diferentes do placebo e que para se atingir o efeito terapêutico desejado a sua dose deverá situar-se pelo menos entre os 50mg/dia e os 60mg/dia.

Até há bem pouco tempo, a generalidade dos médicos prescritores de metadona esforçava-se por conseguir que os pacientes tomassem as doses mais baixas possíveis. Estudos americanos recentes demonstraram contudo que os resultados destes tratamentos eram consideravelmente melhores quando se usavam doses mais altas, ou seja, as taxas de abandono eram menores e verificava-se menos frequentemente consumo de substâncias ilícitas (Tratamento pela metadona, 1994, Nida, Jean Jacques Deglon). Na sequência das referidas constatações, a dose média diária de metadona prescrita aos toxicodependentes foi aumentada progressivamente, tendo passado dos 40mg para os 80mg. Neste sentido, doses consideradas como adequadas, parece correlacionarem-se positivamente com uma diminuição do consumo de opiáceos ilegais e permanência favorecida dos toxicodependentes nos programas e, ao contrário, doses de metadona tidas por insuficientes, parece correlacionarem-se com consumos mais frequentes de opiáceos ilegais e taxas mais elevadas de abandono do tratamento. Assim sendo, a individualização das referidas doses a adequar a cada toxicodependente, assume uma importância fundamental no contexto deste tratamento.

O tratamento não pode considerar-se efectivo se os pacientes abandonam bruscamente as unidades assistenciais, depois das suas admissões ou se são frequentemente expulsos por incumprimento de regras. O tratamento de manutenção com metadona é mais efectivo para os toxicodependentes que permanecem em acompanhamento pelo menos durante um ano, pois que 82% dos que o abandonam



antes, recaem no consumo endovenoso, durante os 12 meses seguintes, segundo diversos autores.

Os benefícios dos programas de manutenção com metadona podem ser otimizados favorecendo a retenção dos utilizadores em tratamento, prescrevendo doses adequadas do fármaco, disponibilizando acompanhamento psicoterapêutico e tratamento para a co-morbilidade psiquiátrica, bem como apoio e suporte social.

Diversos estudos de seguimento de utentes no âmbito da intervenção com metadona têm concluído por melhores taxas de retenção quando se utilizam doses altas do referido fármaco (Fisher e Auglin, 1987; Caplehorn e Bell, 1991; D'Aunno e Vaughn, 1992).

A retenção depende das características dos toxicodependentes, mas também do tipo de programa disponível (Ball e Ross, 1991). Das características dos utilizadores, que podem fazer presumir ou explicar da permanência e do abandono do tratamento e que têm sido descritas como associadas à retenção, maior ou menor, em tratamento, salientam-se as que se reportam ao sexo, idade, idade início da toxicodependência, situação profissional, grau de escolaridade, antecedentes de tratamento, quer com metadona, quer em comunidade terapêutica, histórias anteriores de consumos de benzodiazepinas, de cocaína ou anfetaminas ou de dependência de álcool e antecedentes de detenção criminal.

Constatou-se que os programas de “baixo limiar” são os que conseguem uma maior retenção de utentes em tratamento (M. Torrens; C. Castillo; L. San, 1995). Esta retenção representa um resultado muito importante pois que vários estudos independentes têm demonstrado, que a melhor retenção em tratamento de manutenção com metadona, reduz o risco mais importantemente de contrair e transmitir a infeção por VIH em heroíno-dependentes por via endovenosa. Por isso, tem-se proposto que os programas de manutenção com metadona constituam uma estratégia fundamental para a

redução da propagação do vih nesta população. Por isso também, a retenção em tratamento, tem constituído uma medida da eficácia destes programas quanto à prevenção do vih e do consumo ilegal.

Os tratamentos baseados na prescrição de “baixo limiar” de metadona, melhoram a situação social, a saúde e, particularmente, o estado somático dos toxicodpendentes (Rezza, 1992; Christen, 1994, 1996) e os tratamentos melhor estruturados conduzem, comprovadamente, a melhores resultados (McLellan, 1993; Arudt, 1996).

Os tratamentos de manutenção com metadona, não estando todavia isentos de riscos e não alterando imediatamente a dependência de opióides, poderão todavia reduzir marcadamente os riscos somáticos desta.

A medicação de substituição com metadona tem demonstrado com êxito ser capaz de manter os utentes em tratamento, eliminar ou diminuir consideravelmente o consumo de heroína e reduzir o risco de infecção e transmissão por vih.

Existem numerosos indicadores acerca dos efeitos positivos da prescrição de metadona quanto à morbilidade somática e mortalidade (Segest, 1990; Ball, 1991; Bossong, 1989). Os tratamentos de substituição reduzem a frequência das infecções por vih (Bornemann, 1996).

A abordagem farmacológica da heroinodependência com aquele agonista opiáceo, tem mostrado também a sua efectividade quanto ao melhorar do estado de saúde mental e físico, da qualidade de vida daqueles utentes e seus familiares e quanto à redução da criminalidade associada às condutas aditivas, que assim se torna não tanto importante e por isso, menos significativa.

A manutenção com metadona constitui um tratamento efectivo relativamente à dependência de heroína. Tem demonstrado diminuir claramente o consumo ilícito de opiáceos, as mortes por sobredosagem de opiáceos e a transmissão do vih, diminuindo a

frequência dos consumos endovenosos e a partilha de material de injeção. Os programas de manutenção com metadona reduzem significativamente o risco de morte súbita por todas as causas, incluindo o abuso de heroína, relativamente aos toxicodependentes que não participam deste tratamento. Os referidos programas têm demonstrado também, diminuir a actividade criminal associada e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, promovendo alterações positivas da sua saúde e potenciando o emprego e o funcionamento social. Dos programas de substituição com metadona tem resultado um impacto positivo a nível da saúde pública.

Relativamente à duração do tratamento, Hubbard e cols. (1989), referiram que o tratamento a longo prazo constitui o melhor preditor de êxito. Sympson (1981) demonstrou que os tratamentos de duração inferior a três meses são comparáveis a ausência de tratamento no que aos resultados se refere. Ball e Ross (1991) verificaram contínuas melhorias quanto à incidência de consumos endovenosos ao longo de vários anos (4) de tratamento, apoiando a eficácia dos tratamentos prolongados. Relativamente à relação entre tempo de tratamento com metadona e prevalência de vih, alguns estudos observaram uma maior incidência daquela infecção nos toxicodependentes que tinham permanecido em tratamento até um ano, relativamente àqueles que se mantiveram em acompanhamento durante vários anos (Bourne, 1988); Nathan e Karan, 1989). Por isto, os utentes devem manter-se em tratamento de substituição com metadona enquanto houver vantagens nisso. Isto é, o programa de substituição deve manter-se tanto tempo quanto o utente se beneficie dele, enquanto o toxicodependente se encontre em situação de risco de recaída quanto ao consumo de heroína, não se registem efeitos secundários importantes e enquanto os técnicos envolvidos no seguimento considerem adequando (Parrino, 1993).

A interrupção involuntária, repentina ou por períodos curtos de tempo, da prescrição de opióide, pode revelar-se perigosa. Diversos estudos têm demonstrado que,

relativamente à prescrição de metadona, a sua interrupção precoce ou repentina, depois de um curto período de tratamento, conduz frequentemente à recaída do consumo ilegal (Newman, 1979).

A decisão de suspender o tratamento com metadona deve ser antecedida de uma avaliação detalhada do risco de recaída. Alguns investigadores têm concluído que o processo de neuro-adaptação que ocorrerá no cérebro na decorrência de períodos prolongados de consumo de opiáceos, poderá ser de difícil reversão. Modificações subtis do próprio sistema endorfinico, podem também constituir um factor que contribua para a recaída natural da dependência de opiáceos (Newman, 1998).

Estudando a literatura científica (Ladewig 1987; Fuchs, 1989; Gmür, 1989), constata-se que praticamente não existem parâmetros preditivos acerca do êxito prospectivo dos tratamentos com metadona. Factores como tentativas fracassadas de desintoxicação anteriores, idade e ocupação laboral, não parece deverem constituir-se como razões científicas fundamentais para determinar as indicações para tratamento de substituição. Prescrever metadona apenas aos toxicodependentes com história de tratamentos falhados, tais como outras restrições gerais, não têm fundamento científico e podem revelar-se perigosas (Grönbladh, 1984). A politoxicomania e o consumo excessivo de álcool não constituem contra-indicações para a implementação de tratamentos baseados em opióides. Os toxicodependentes consumidores de álcool e opióides, necessitam especialmente de tratamentos de longa duração, porque possuem um maior risco de contrair cirrose hepática (Novick, 1986, 1993). A dependência de opióides constitui o único critério científico estabelecido para a prescrição de metadona ou outro opióide a um toxicodependente. De acordo com os fundamentos científicos que se conhecem, não existe uma única opção de tratamento para todos os toxicodependentes (Fuchs, 1995). Também pelas investigações disponíveis, não está

demonstrado que os tratamentos orientados para a abstinência, sejam superiores aos de manutenção com opióides, nomeadamente metadona.

Muitos heroinodependentes não apenas consomem heroína, mas também cocaína, sendo por isso considerados politoxicodependentes. Os opióides atenuam os efeitos desagradáveis da cocaína. O consumo de cocaína em dependentes de opióides intravenosos verifica-se com uma frequência elevada, que alguns estudos reportam a 50%. Determinados fármacos, como as benzodiazepinas (geralmente flunitrazepan) são utilizados por muitos opióidodependentes que usam cocaína, como terceira droga, porque estes fármacos também podem minimizar os efeitos desagradáveis da cocaína.

O consumo excessivo de álcool é frequentemente causa de morte súbita de heroinodependentes, porque agrava a depressão respiratória e os vômitos, podendo provocar asfixia por aspiração, em comas alcoólicos. A depressão respiratória potencia-se pelo uso concomitante de opióides, benzodiazepinas e álcool. Não existe tolerância cruzada entre aquelas substâncias. Geralmente, nas situações de morte súbita em toxicod dependência, a causa não é apenas representada por uma sobredose de opióides, mas também intervêm as benzodiazepinas e o álcool, frequentemente. A politoxicomania prolongada, agrava pois o prognóstico dos dependentes de opióides.

x x x

Apoiando-nos sobretudo na experiência de países estrangeiros, verificámos que a metadona, enquanto “ferramenta de trabalho” para muitos técnicos intervenientes em toxicodependência e “droga de substituição” para alguns outros, poderá fazer baixar o consumo de opiáceos ilícitos por via endovenosa, diminuir o risco de determinadas infecções virais, reduzir a incidência de actos criminosos e permitir aos toxicodependentes reinserirem-se melhor na sociedade. Administrada correctamente e num quadro de tratamento global, a metadona terá pois a capacidade de modificar de forma duradoura os comportamentos da dependência, influi beneficemente sobre a incidência da epidemia vih/sida e contribui para a reinserção social. Todavia, a qualidade dos resultados dependerá da forma como sejam organizados os próprios programas e do modo como seja utilizada a substituição, que pode representar um meio de posterior saída da toxicodependência, pelas reorganizações sucessivas que possibilita.

No âmbito dos tratamentos em toxicodependência é necessário todavia “dar tempo ao tempo” quanto aos acompanhamentos, que habitualmente são de longa duração. O tratamento de substituição considera a vontade do consumidor de reduzir os riscos, auxilia-o a modificar a sua relação com a substância objecto de abuso ou dependência e proporciona tempo para construir os apoios afectivos e sociais necessários à mudança.

No contexto dos tratamentos com metadona, o trabalho em rede é fundamental porque assegura a continuidade do tratamento e garante uma boa colaboração interinstitucional, frequentemente reclamada pelas necessidades múltiplas que os doentes apresentam, quer de saúde, quer sociais ou outras.

Os tratamentos de substituição com metadona, podendo ajudar os toxicodependentes a participarem na prestação de cuidados assistenciais, poderão diminuir as desvantagens relacionadas com o consumo crónico de drogas, como sejam

as infecções várias, algumas das quais irreversíveis, a delinquência, a exclusão social e familiar, a prisão, etc. e podem permitir melhorar a qualidade de vida pessoal e social e favorecer, como se disse anteriormente, a saída da toxicodependência.

As teorias explicativas das saídas em toxicodependência são todavia tão numerosas quanto as teorias que se propõem explicá-la. Uma certeza parece contudo emergir das avaliações dos tratamentos, dos testemunhos dos toxicodependentes e dos estudos empíricos e que se reporta à não existência de uma resposta universal. Não haverá "one best way". Existirão tantas formas de saída quantas as formas diversas de relacionamento com as substâncias ilícitas e de funcionamento psíquico. Existirão também as saídas sem tratamento, o que não significa que este seja inútil. Quanto mais desestruturados estiverem os laços afectivos e sociais, mais isolado e doente, provavelmente estará o consumidor e mais necessário eventualmente se tornará o tratamento. Todavia, uns toxicodependentes reconhecem a necessidade de um acompanhamento contínuo, psicológico e social e outros apenas se mostraram disponíveis para um acompanhamento especializado, quando apenas em situações precisas de crise.

## VI. SÍNTESE

As toxicodependências têm justificado a implementação de diversos sistemas multimodais de intervenção assistencial nos quais se inscrevem, no que à dependência de opiáceos se refere, os programas de substituição com fármacos morfínomiméticos, sustentados pelos conhecimentos das neurociências, no que importa à compreensão neurobiológica dos mecanismos de acção e dos efeitos das substâncias psicoactivas.

Os referidos programas, progressivamente expandidos sobretudo a partir da eclosão do VIH/sida e como meio de diminuir a sua propagação junto dos consumidores de opióides, nos quais aquela problemática é consideravelmente prevalente, têm sido sujeitos a importantes modificações no que se refere aos modelos organizativos que os suportam e aos objectivos diversos a que se propõem, aspectos que marcadamente se têm reflectido na efectividade, maior ou menor, tornada aparente pelos múltiplos estudos de avaliação que os têm envolvido. Paralelamente, da análise da participação de heroinodependentes em programas de substituição opiácea, tem resultado a evidente constatação clínica de uma ampla variação de resultados obtidos por esta modalidade de intervenção terapêutica. Efectivamente, no âmbito destes programas, uma parcela significativa dos seus utilizadores mantêm consumos de uma variedade de substâncias ilícitas, nomeadamente de heroína e ou de cocaína, conhecendo-se todavia relativamente pouco, dos estudos efectuados, do que eventualmente os possa diferenciar, do ponto de vista psicológico, daqueles que, aderindo ao referido tratamento, se mantêm regularmente abstinentes do consumo daqueles produtos.

A avaliação, naquela perspectiva, das características discriminativas destas duas subpopulações de sujeitos em programa institucional de metadona, constitui-se assim como o objectivo central da presente investigação, que nos capítulos seguintes iremos desenvolver. Desse modo procuraremos esclarecer, relativamente às dimensões psicológicas que estudaremos, se se reflectem nos resultados que verificamos do



programa, quanto ao consumo de heroína e de cocaína, como se exprimem nos mesmos e qual o sentido observado da sua variação, se a houver, procedendo para os efeitos referidos, a uma análise intra e intersujeitos, relacionada com a aplicação de um conjunto de instrumentos estandardizados de auto-avaliação, que apresentaremos.

**PARTE B**

## I. ENUNCIADO DE QUESTÕES

Da maioria dos estudos que conhecemos e da nossa prática clínica, resulta a confirmada constatação, que muitos outros intervenientes em toxicodependências também sublinham, da verificação de resultados dissemelhantes, no âmbito dos tratamentos de substituição com o fármaco agonista opióide, metadona.

Das avaliações a que nos referimos, a verificação do consumo de substâncias psicotrópicas, nomeadamente de heroína e cocaína, constitui uma preocupante realidade que assume uma compreensível importância, que muitos dos estudos realizados têm sobrelevado. Essas investigações todavia, não infrequentemente, têm privilegiado abordagens reflexivas parcelares que, embora certamente oportunas, quanto ao seu interesse clínico, se têm mostrado como aparentemente insuficientes, do esclarecimento globalizado que aquela problemática exige. Neste sentido, admitimos que a integração dum conhecimento multimodal a reportar à referida realidade ( consumo de heroína e cocaína no decurso do tratamento com metadona), poderá representar um meio de enriquecimento da sua compreensão. Neste âmbito, a abordagem abrangente que advogamos, integrará, num raciocínio conjugado, diversas variáveis, definidoras de características de sujeitos, quer de natureza sócio-demográfica e toxicológica, quer referentes aos domínios médico-psiquiátrico, psicológico e social. Este trabalho de investigação, completar-se-à por uma aproximação individualizada que faremos da relação estabelecida da população que estudamos, não apenas com a Instituição onde decorreu este estudo, mas também com o próprio programa terapêutico, no qual a mesma foi incluída, pesquisa esta que combinaremos de forma articulada, com a análise dos parâmetros antes referidos.

Para a compreensão da problemática a que nos referimos, interessou-nos conhecer dos sujeitos, possíveis factores que eventualmente se manifestem como

relevantes quanto ao esclarecimento, a que nos propusemos de trajectórias individuais que, no decurso do tratamento com metadona, definimos previamente, quer pelo consumo, pontual ou mantido das substâncias psicotrópicas indicadas, quer pela sua abstinência sustentada.

Tendo em vista o objectivo do nosso trabalho, estudamos a personalidade dos toxicodependentes a efectuar tratamento com metadona no CAT Ocidental do Porto, no que se refere às suas características, considerando a não existência de um seu modelo único referente às perturbações aditivas e procuramos um conhecimento do funcionamento psicológico da referida população. Devido à frequente associação das toxicodependências com co-morbilidade psiquiátrica, procedemos, junto da mesma população, à pesquisa de sintomas psicopatológicos que, como é conhecido, não raramente se apresentam atenuados pela própria dependência.

Acreditamos que a referida dimensão avaliativa, poderá constituir-se como uma mais valia do presente trabalho de investigação, não apenas porque esta vertente de análise não tem sido, até ao presente, ainda incluída nos escassos estudos de avaliação de programas com metadona realizados em Portugal, mas também pela orientação das estratégias terapêuticas, que poderá recomendar.

## II. CONSTRUÇÃO DE UMA BATERIA DE AVALIAÇÃO

A bateria de avaliação que organizamos teve como principal preocupação o adquirido dos trabalhos empíricos efectuados sobre programas de substituição opiácea com metadona. Nesse sentido, procedemos a uma pesquisa bibliográfica seleccionada, que consultamos através das clássicas bases de dados, Medline e Psyclit, utilizando as palavras-chave: metadona, metadona/preditores, metadona/recaída, metadona/tratamento e metadona/follow-up. Completamos a referida pesquisa pela consulta da revista "Toxicodependências", única publicação científica que em Portugal se dedica, desde 1995 e quadrimestralmente, em exclusivo, ao fenómeno das toxicodependências e que constitui também o meio privilegiado de divulgação de trabalhos por parte dos profissionais que dedicam a sua actividade à problemática das condutas aditivas.

Daquela pesquisa bibliográfica analisámos, a partir das bases de dados referidas, um total de 83 estudos envolvendo um universo de 86.828 sujeitos. Quanto à revista "Toxicodependências", através do seu serviço editorial, seleccionamos primeiramente a totalidade dos artigos publicados (9), a partir do indicador "metadona" e privilegiamos depois, considerando o objecto da nossa investigação, os estudos (4) que se reportando especificamente ao seguimento de toxicodependentes (388 sujeitos) no âmbito do tratamento de substituição opiácea com metadona, atendiam particularmente, quer às características dos seus utilizadores, quer à avaliação de resultados desta modalidade de intervenção terapêutica.

A partir da exploração bibliográfica referida que reportamos aos 27 anos posteriores a 1975, procedemos à caracterização dos explicitados objectivos e resultados dos estudos que referenciamos e organizamos a esse propósito respectivamente, as tabelas I e II seguidamente indicadas, em função dos conteúdos que abordavam e que dispusemos em subcategorias.

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Nº Artigos</b>	<b>%</b>
<b>Conteúdos do texto</b>  <b>“Objectivos”</b>	Aderência / Retenção	17	20
	Consumos Ilícitos	18	22
	Consumos de Álcool	9	11
	Características Pré-Tratamento	17	17
	Preditores	23	28
	Co-morbilidade / Psicopatologia	15	18
	Características dos Programas	5	6
	Dosagem de Metadona	4	5
	Risco HIV / HCV	5	6
	Criminalidade	6	7
	Mortalidade / Overdoses	2	2

**Tabela I – Conteúdo dos Objectivos.**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Nº Artigos</b>	<b>%</b>
<b>Conteúdo do texto</b>  <b>“Conclusões”</b>	Aderência / Retenção	21	25
	Consumos Ilícitos	23	28
	Consumos de opióides	22	27
	Consumos de cocaína/outros	46	55
	Consumos de cocaína	23	28
	Consumos de Álcool	12	14
	Características Pré-Tratamento	36	43
	Preditores	28	34
	Co-morbilidade / Psicopatologia	17	20
	Características dos Programas	8	10
	Dosagem de Metadona	15	18
	Risco HIV / HCV	11	13
	Criminalidade	11	13
	Mortalidade / Overdoses	4	5
	Resultados / Emit's	18	22

**Tabela II – Conteúdo das Conclusões.**

Pela abordagem bibliográfica a que nos referimos, verificámos quais as variáveis que em vários estudos emergiam como significativas para a caracterização da população alvo do tratamento com metadona e a partir daí, construímos a seguinte bateria de avaliação que, inclui também, para além de uma grelha de caracterização dos sujeitos e de um conjunto de instrumentos estandardizados, outras variáveis que nos estudos seleccionados se revelaram de valor clínico.

### **1. Grelha de Caracterização**

- a) Elementos sóciodemográficos: idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional, residência / coabitação, posição na fratria, parentalidade, integração sócio-familiar, autonomia (económica, habitacional) e detenções.
- b) Consumos: idade de início de consumo de substâncias psicoactivas, incluindo tabaco e álcool, consumos co-ocorrentes verificados aquando da admissão no programa de metadona; quantidade de heroína / dia , via (s) de administração utilizada(s), antiguidade do consumo de heroína, toxicodependência ( incluindo alcoolismo) em familiares ( pais, irmãos e cônjuge / companheiro(a)).
- c) Tratamentos Efectuados:
  - 1. Antes da admissão dos utentes no programa de metadona do CAT Ocidental do Porto: desabilitação (domiciliária; institucional), prevenção de recaída com naltrexona, substituição com metadona (prescrição médica; auto-medicação), internamento em comunidade terapêutica.
  - 2. Aquando da entrada dos sujeitos naquele programa de tratamento: substituição com metadona (prescrição médica através de outra instituição; auto-medicação).

d) Co-morbilidade orgânica:

1. Estudo serológico relativamente aos vírus das hepatites B, C, Delta e da imunodeficiência humana (HIV).

**2. Instrumentos Estandarizados de Auto-Avaliação**

- a) Michigam Alcoholism Screening Test (M.A.S.T.);
- b) Eysenck Personality Inventory (E.P.I.);
- c) Inventário Clínico de Auto-Conceito de A.Vaz Serra;
- d) Inventário de Avaliação Clínica de Depressão de A.Vaz Serra;
- e) Symptom Checklist-90R (SCL-90R);
- f) Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade, de Zung.

**3. Outras Variáveis Analisadas**

- a) Análises de urina efectuadas pelos sujeitos durante o estudo para pesquisa de metabolitos de heroína e cocaína;
- b) Consultas realizadas na Instituição;
- c) Tempo de tratamento com metadona:
  1. até à 1ª passagem dos instrumentos de auto-avaliação;
  2. até à 2ª passagem dos instrumentos de auto-avaliação.
- d) Doses de metadona prescritas:
  1. aquando da admissão no programa;
  2. na 1ª passagem dos instrumentos de auto-avaliação;
  3. na 2ª passagem dos instrumentos de auto-avaliação.



### **III. OBJECTIVOS DO ESTUDO**

A presente investigação consiste na avaliação das características discriminativas dos sujeitos em programa de metadona apresentando consumos de substâncias psicoactivas no decorrer do referido tratamento e sem consumos daqueles produtos, durante a mesma intervenção terapêutica.

## IV. VARIÁVEIS EM ESTUDO

Considerando os objectivos do estudo, os dados que recolhemos de outros trabalhos empíricos já realizados a que nos reportamos anteriormente e a nossa prática profissional, seleccionamos as seguintes variáveis que nos pareceram melhor ajustar-se aos propósitos desta investigação:

### 1. De Critério

Constituímos a medida, “emites positivas”, no que se refere à pesquisa de metabolitos de heroína e cocaína, realizadas durante os seis meses em que decorreu o estudo, como a variável de critério, relativamente à formação de 2 grupos de sujeitos que definimos respectivamente, como de consumidores e de não consumidores, daquelas substâncias psicoactivas, em função dos resultados, positivos ou negativos, das referidas análises. Para a constituição dos referidos grupos populacionais, definimos como seu critério organizador, um valor arbitrário de 0.20 (d.p. = 2.5) de emites positivas como valor de corte desta variável, para o índice que reportamos, para cada um dos sujeitos, ao total das análises de urina que efectuou.

### 2. Outras

Formados que foram os grupos indicados (consumidores: 53 sujeitos; não consumidores: 42 sujeitos), importou-nos a sua comparação, pelo que, para esse efeito, optamos pelo estudo das dimensões que indicamos:

- a) Características pré-tratamento dos sujeitos;
- b) Medidas dos testes de auto-avaliação aplicados;
- c) Tempo de tratamento em metadona desde a admissão e até à saída do estudo;
- d) Dose de metadona prescrita;
- e) Total de consultas relativamente a cada sujeito.

## V. METODOLOGIA

Neste capítulo, referir-nos-emos aos instrumentos que aplicamos e aos procedimentos que utilizamos e relativos quer á sua implementação, quer á codificação e recolha dos dados amostrais.

Tendo-nos proposto analisar as características psicológicas dos toxicodependentes em programa de substituição por metadona, tendo em consideração o facto de alguns desses indivíduos consumirem heroína e cocaína no decurso do referido tratamento e considerando também o nosso propósito de avaliar as características da interacção que estes mantêm, não só com a Instituição onde decorre o tratamento, mas também com o próprio programa terapêutico, decidimos efectuar o nosso estudo no C.A.T. Ocidental do Porto. Esta opção que fizemos relacionou-se com motivos de natureza operacional pois que é nesta Instituição que exercemos a nossa actividade profissional. Desse modo, admitimos que ficaria facilitada a acessibilidade á população de toxicodependentes que haveria de constituir a nossa amostra. Este aspecto pareceu-nos de relevar considerando, quer as dificuldades que antecipávamos quanto á abordagem do referido agregado populacional, no que se refere a algumas das suas naturais características particulares, quer os prazos legais de entrega deste trabalho.

Da suposição que fizemos quanto àqueles obstáculos a ultrapassar, haveríamos de ter a indesejada confirmação no momento da recolha dos dados amostrais, que desenhamos segundo um formato longitudinal que incluiu dois momentos de análise, intervalados de seis meses. A sua conclusão, tornar-se-ia retardada pela natureza dos sujeitos que por vezes não se mostraram desde logo disponíveis, quer para o seu envolvimento inicial na investigação, para que foram convenientemente solicitados, através de convocatória individual prévia, expressamente planeada para esse efeito, quer depois para o completar da sua participação, quando estava decorrido o intervalo de tempo que estabelecemos.

Da avaliação dos sujeitos a que procedemos no âmbito da nossa investigação, importou-nos não apenas um conhecimento “geral” sobre as suas respectivas características, quer de personalidade ao nível das suas estruturas- traços, quer do seu funcionamento psicológico, mas também sobre a existência potencial de sintomas de psicopatologia. Para além da avaliação referida, interessou-nos proceder, ao diagnóstico biopsicossocial relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, que quantificamos em termos de álcool puro ingerido por dia, para cada um dos elementos do estudo e á sua categorização respectiva em bebedores alcoólicos, limite e ajustados. Para o efeito, solicitamos aos sujeitos que estudamos, a sua própria análise do papel que o álcool desempenhava nas suas vidas e que nos fornecessem informações acerca de tratamentos anteriores, relacionados com o consumo de álcool. De igual modo, requeremos-lhes que nos descrevessem os seus problemas associados com o uso desta substância.

## **1. Instrumentos**

### **1.1. Instrumentos de Auto-avaliação**

Dos objectivos da avaliação psicológica a que nos propusemos e do contexto particular da investigação em que aquela se inscreveu, dependeu a escolha que fizemos dos instrumentos standardizados de auto-preenchimento, que nos pareceu oportuno utilizar. Para a selecção destas ferramentas, importou-nos igualmente, para além da sua disponibilidade, a sua compreensibilidade e aplicabilidade, propriedades que nos pareciam facilitadoras dos nossos propósitos.

As provas psicométricas que aplicámos constituíram-se como sinalizadores respectivamente, da entrada dos sujeitos no estudo e da sua saída, quando foram repetidas aos mesmos indivíduos, seis meses depois.

Para o estudo da personalidade, optámos pelo Eysenck Personality Inventory (E.P.I.). A preferência que demonstramos por este inventário considerou, quer a

utilidade reconhecida por diversos autores, da abordagem bidimensional básica (neuroticismo/ estabilidade emocional e extroversão/ introversão), proposta por Eysenck no estudo da personalidade, quer a sua aplicação em estudos já realizados no âmbito do tratamento de toxicodependentes com metadona (Gordon, D. W., 1974) e a sua fácil compreensibilidade, mesmo por parte de indivíduos de menor grau de cultura e de instrução.

O Eysenck Personality Inventory (E.P.I.) é um inventário de personalidade criado por H.J.Eysenck e Sybil B.G. Eysenck, com o objectivo de medir as dimensões da personalidade Neuroticismo-Estabilidade Emocional e Extroversão-Introversão, frequentemente designadas apenas por Neuroticismo e por Extroversão, a fim de facilitar os aspectos descritivos do teste.

Para cada uma das dimensões referidas admite-se, todavia, que o indivíduo se possa localizar num dado ponto dessa dimensão e, consoante o lugar que ocupa, há a possibilidade de ser considerado um introvertido de neuroticismo baixo ou elevado, o mesmo acontecendo com a extroversão.

Considera-se que um introvertido é um indivíduo voltado para o mundo interior e subjectivo, enquanto que o extrovertido se encontra atento ao mundo exterior e objectivo.

O introvertido é descrito como "um indivíduo retraído e sossegado, introspectivo, habitualmente reservado e reticente, excepto com amigos íntimos. Estabelece adiantadamente planos para o futuro e não confia no impulso do momento. Não gosta de excitação, toma os acontecimentos da vida diária com a devida seriedade e prefere levar uma forma ordenada de vida. Mantém os seus sentimentos sob um controlo estrito, raramente se comporta de forma agressiva e não perde o seu domínio com facilidade. É de confiança, um pouco pessimista e dá grande valor aos padrões éticos."

O extrovertido é reconhecido como “pessoa sociável, gostando de festas, com muitos amigos, necessitando de ter amigos com quem falar e não gostando de ler ou de estudar por si mesmo. Aprecia situações excitantes, corre riscos, actua segundo o estímulo do momento e é, regra geral, um indivíduo impulsivo. Tem sempre uma resposta pronta e, geralmente, gosta de mudanças; é despreocupado, optimista e gosta de “rir e ser feliz”. Prefere o movimento e as realizações, tende a ser agressivo e perde facilmente o auto-domínio. Caracteriza-se por uma procura de estimulações, um comportamento impulsivo, uma necessidade de contactos sociais, uma certa segurança e um nível elevado de actividade.

O E.P.I., que não possui perguntas elaboradas na negativa, tem uma escala de mentira (escala “L”) que serve para eliminar os casos de indivíduos que procuram dar respostas socialmente desejáveis. Eysenck e Eysenck (1964) referem que uma pontuação acima dos valores de 4 ou de 5 deve levar à rejeição dos respectivos testes. Sendo constituído por 57 perguntas, apresentadas dicotomicamente tipo sim/não, que correspondem à escala de mentira e, as restantes, às duas dimensões mencionadas.

As dimensões da personalidade referidas não têm valor apenas pelo seu aspecto descritivo. Uma série de trabalhos, de natureza neuro e psicofisiológica, têm revelado que o neuroticismo se liga à labilidade vegetativa e a extroversão-introversão às condições de activação do sistema reticular ascendente, admitindo-se que as diferenças entre os indivíduos, no que respeita a estes aspectos, sejam geneticamente determinadas (Serra, Adriano Vaz; Ponciano, Emanuel e Freitas, J. Fidalgo – “Resultados da Aplicação do Eysenck Personality Inventory a uma mostra de população portuguesa”, *Psiquiatria Clínica*, 1(2) pp. 127-132, 1980).

As pontuações altas na escala N (neuroticismo/estabilidade) são indicativas de hipersensibilidade, ansiedade, hiperactividade, transtornos somáticos, insónia, etc. As

pontuações altas na escala E (extroversão/introversão) são indicativas de preferência por contactos sociais e actividades de grupo, expansividade e impulsividade.

Do conjunto de testes que utilizamos, fizemos constar o Inventário Clínico de Auto-Conceito (A. Vaz Serra, 1985), instrumento que, procurando fundamentalmente registar as percepções que a própria pessoa tem de si mesma, avalia em geral, as dimensões emocionais e sociais do auto-conceito, consideradas importantes no ajustamento pessoal (Bandura, 1998; Fleming e Courtney, 1984) e se tem revelado como válido no trabalho com populações de toxicodependentes (Santos, 1998; Manita, Celina; Revista Toxicodependências, volume 8, número 3, ano 2002, p.p. 11-25).

O Inventário Clínico de Auto-conceito de A. Vaz Serra representa uma escala de avaliação de aspectos emocionais e sociais do auto-conceito, destinada fundamentalmente, como a própria denominação procura indicar, a uso clínico.

Este instrumento de auto avaliação constitui uma escala de tipo Likert composta por 20 questões, cada qual é possível de ser distribuída por cinco categorias diferenciadas em termos de “não concordo”, “concordo pouco”, “concordo moderadamente”, “concordo muito” e “concordo muitíssimo”, cotadas de um mínimo de 1 a um máximo de 5. De um modo geral, a escala está concebida para que as pontuações vão subindo da esquerda para a direita. Todavia, nas questões negativas, as pontuações são revertidas, para que uma pontuação mais alta exprima sempre um melhor auto-conceito. Da soma total dos itens resulta a pontuação obtida que é tanto mais alta quanto melhor for o auto-conceito do indivíduo. Para além de uma nota global, é também possível extrair vários índices que, sendo o resultado directo do processar de análise factorial, trazem consigo igualmente informação sobre a pessoa relacionada com os domínios da aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica e impulsividade/actividade.

Da definição de auto-conceito como a percepção que um indivíduo tem de si próprio, entende-se o importante significado que o mesmo assume na vida quotidiana dos indivíduos. Efectivamente, o auto-conceito que se relaciona com o funcionamento geral dos sujeitos, indica a capacidade que o ser humano tem de se constituir como objecto da sua própria observação e de se abstrair dos seus comportamentos específicos e dos comportamentos dos outros em relação a si e sendo construído a partir de acontecimentos pessoais, mostra-se útil para descrever, explicar e predizer o comportamento humano e conhecer como a pessoa se percebe e considera a si própria (Wells e Marwell, 1986).

O auto-conceito é um constructo integrador que leva a reconhecer a unidade, a identidade pessoal e a coerência do comportamento de um indivíduo, independentemente das influências do meio ambiente.

O auto-conceito desempenha um papel de grande relevo. A ele se ligam motivos, necessidades, atitudes, personalidade e, de uma forma muito concreta, a relação que o ser humano estabelece com o meio ambiente (Serra, Adriano Vaz, "A importância do Auto-conceito", *Psiquiatria Clínica*, 7(2) pp. 57-66, 1986).

Considerando que a co-morbilidade psiquiátrica constitui um fenómeno vulgarmente verificado no âmbito das perturbações aditivas e que é muito frequente, de forma, ainda mais específica, a associação entre abuso de drogas e depressão, propusemo-nos à avaliação de sintomas de psicopatologia através da utilização da Symptom Checklist-90 R (SCL90-R) e do Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) de Vaz Serra (1994, 1995), escala de auto-avaliação esta que permite a identificação da existência de um quadro clínico de depressão e em caso afirmativo, a medida da sua gravidade.

O SCL-90-R é um inventário de avaliação clínica para a detecção e medida de sintomas psicopatológicos. Trata-se de um instrumento de auto-administração em que o



sujeito descreve a forma como se sente. É constituído por noventa itens distribuídos por nove categorias, em que cada uma é composta de 6 a 13 itens. Está construído sob a forma de uma escala tipo Likert, de uso simples, sendo solicitado ao indivíduo que indique em que medida tem sofrido de determinadas queixas, representadas por cada um dos itens, durante um intervalo de tempo especificado (habitualmente o período referente à última semana). As opções de resposta consideram para cada um dos itens, as categorias de “nunca”, “raramente”, “por vezes”, “muitas vezes” e “quase sempre”, pontuadas de uma amplitude de zero (“nunca”), a quatro (“quase sempre”). O indivíduo escolhe a mais correcta para si face à afirmação que compõe o item.

O SCL-90-R oferece-se como um método quantitativo de determinação dos problemas do indivíduo e, constituindo-se como escala de auto-avaliação, fornece uma abordagem valiosa do vivenciar psicopatológico da pessoa.

Este inventário permite a obtenção, fundamentalmente, dos índices globais de stress psicológico e sintomático, a saber:

- a) Índice sintomático geral (ISG), que traduz a combinação da informação do número de sintomas positivos (isto é, pontuação diferente de zero) com a informação respeitante à intensidade do stress nesses mesmos sintomas (de um a quatro). O valor do ISG é conseguido dividindo o somatório dos valores obtidos nos itens por noventa (número total de itens).
- b) Total de sintomas positivos (TSP), que representa o número de sintomas positivos ( $\geq 1$ ).
- c) Índice de “stress” dos sintomas positivos, que corresponde ao grau de intensidade do stress ajustado ao número de sintomas presentes (isto é, pontuação positiva). Assim, o seu valor obtém-se dividindo o total das pontuações pelo número de itens positivos.

Para além de permitir a obtenção dos índices mencionados, o SCL-90-R é ainda constituído por nove subescalas:

1. Somatização (SOM) – Reflecte o mal-estar resultante da percepção da disfunção corporal. Inclui queixas relativas aos sistemas cardiovascular, digestivo, respiratório e outros, com forte mediação autónoma, bem como queixas dolorosas e equivalentes somáticos e afectivos. Envolve doze itens do SCL-90-R.
2. Obsessão/Compulsão (OBS) – Engloba sintomas conotados com a síndrome clínica do mesmo nome: pensamentos, impulsos e acções vivenciados como perseverantes e irresistíveis para o indivíduo, mas de natureza estranha ao *eu* ou não desejado. Estão, também, representados comportamentos indicativos de uma dificuldade cognitiva mais geral. Compreende dez itens do SCL-90-R.
3. Sensibilidade interpessoal (SIP) – Exprime insegurança e sentimentos de inferioridade no contacto social (auto-depreciação, embaraço, desconforto marcado, expectativas negativas). Inclui nove itens do SCL-90-R.
4. Depressão (DEP) – Traduz um espectro amplo de aspectos cognitivos e somáticos identificados na síndrome depressiva. Estão representados sintomas de afecto e humor disfórico, bem como sinais de alheamento, falta de interesse e de motivação, perda de energia vital, sentimentos de desespero, futilidade e ideação suicida. Esta subescala é constituída por treze itens do SCL-90-R.
5. Ansiedade (ANS) – Compreende um conjunto de sintomas e comportamentos associados a manifestações clínicas da síndrome

ansiosa-inquietação, nervosismo, tensão emocional e tremor, itens avaliando a ansiedade livre flutuante, ataques de pânico e sentimentos de dissociação estão também incluídos nesta subescala. Contém dez itens do SCL-90-R.

6. Agressividade/Hostilidade (ANG) – Envolve pensamentos, sentimentos ou actos característicos de um comportamento hostil-aborrecimento, desejo de quebrar objectos e explosões incontroláveis de ira. Abrange seis itens do SCL-90-R.
7. Ansiedade fóbica (PHO) – Refere receio persistente, irracional, desproporcionado ao estímulo e específico perante uma pessoa, lugar, objecto ou situação e levando a um comportamento de fuga. Abarca sete itens do SCL-90-R.
8. Ideação paranóide (PAR) – Representa principalmente um modo alterado do pensamento: desconfiança, grandiosidade, egocentrismo e actividade delirante. Corresponde a seis itens do SCL-90-R.
9. Psicoticismo (PSI) – Revela um continuum de indícios de um certo tipo de vida esquizóide, até aos sintomas de comportamento psicótico. Fazem parte desta subescala dez itens do SCL-90-R.

Para além do total de itens já referidos (oitenta e três), correspondentes às nove subescalas clínicas descritas, os sete itens restantes distribuem-se da seguinte forma:

- a) Perturbações do sono – três itens;
- b) Perturbações do apetite – dois itens;
- c) Pensamentos sobre a morte – um item;
- d) Sentimento de culpabilidade – um item.

Estes sete itens não têm valor investigacional, dado o seu número reduzido não permitir confiança na fiabilidade e sensibilidade das variáveis que estudam. São itens com interesse para o uso clínico desta escala, mas discutíveis na investigação.

**Cotação:**

Automática: de 1 a 5 pontos por item.

Manual: de 0 a 4 pontos por item e agrupamento dos itens de acordo com as 9 categorias indicadas.

Considera-se o *score* de 2 como valor crítico indicador de patologia, sendo considerados como patológicos os resultados superiores a este.

O IACLIDE constitui uma escala de tipo Likert que é formada por 23 questões diferentes que se referem a perturbações de quatro tipos distintos: biológicas, cognitivas, interpessoais e de desempenho de tarefa e significam a relação que o indivíduo deprimido estabelece com o corpo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho.

Cada um dos sintomas que este inventário apresenta encontra-se subdividido em cinco questões que traduzem uma gravidade progressivamente crescente e têm implícita a possibilidade de uma única escolha. À primeira, corresponde um valor mínimo de zero, representativo da inexistência de qualquer perturbação e à última um valor de quatro, tradutor da gravidade máxima atingida pela queixa.

Esta queixa foi construída partindo do pressuposto de que a gravidade de uma depressão varia em função do número de sintomas assinalados e da intensidade que atingem e é denominada por “Inventário” pela possibilidade que oferece de permitir obter mais do que uma pontuação global, com interesse clínico. Efectivamente, por um programa informático que os autores deste instrumento criaram, é possível obter

automaticamente: o valor da nota global e a classificação do caso em leve, moderado ou grave; os valores das médias dos grupos de sintomas biológicos, cognitivos, interpessoais e de desempenho de tarefa; um gráfico representativo da intensidade de cada um dos agrupamentos assinaladas, ficando o observador com a possibilidade de visualizar em que área de funcionamento o seu doente sente maiores dificuldades; o conhecimento dos valores dos factores de depressão em cada doente e o grau de incapacidade para a vida em geral, para o trabalho, vida social e vida familiar previsíveis para o sujeito cujos valores do IACLIDE são introduzidos.

O valor de 20 para a nota global do IACLIDE representa o ponto de corte entre indivíduos normais e deprimidos. Para os casos de depressão leve, moderada ou grave, os valores estabelecidos para aquela pontuação variam respectivamente entre 20 e 34 e entre 35 e 52, ou são superiores ou iguais a 53.

Tendo em vista avaliar a ansiedade-estado dos sujeitos que constituíram a amostra populacional do nosso estudo, concluímos pela oportunidade da utilização que fizemos da Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade, de Zung, considerando que este instrumento de medida é de uso prático e fácil manejo, possibilita o fornecimento de informações sobre variáveis de que apenas o próprio sujeito é conhecedor, não carece de pessoal especialmente treinado para a aplicar, leva pouco tempo a ser preenchida, avalia-se com facilidade (Zung, 1979) e permite registar para o mesmo indivíduo, as variações nos componentes cognitivo, vegetativo, motor e do sistema nervoso central, da ansiedade.

Zung, ao construir este instrumento de medida de ansiedade baseou-se num critério clínico, correspondente aos sinais e sintomas usualmente apontados em livros de psiquiatria considerados de referência. Teve em conta as principais manifestações de ansiedade e construiu assim uma escala de auto-avaliação, formada por vinte questões diferentes. A tradução portuguesa foi feita pelos autores, Emanuel Ponciano, Adriano

Vaz Serra e João Relvas, procurando respeitar as questões originais adequadas dos termos usualmente registados durante as entrevistas clínicas, com doentes portugueses (Psiquiatria Clínica, 3(4), pp. 191-2002, 1982; Psiquiatria Clínica, 3(4), pp. 203-213, 1982).

As perguntas foram elaboradas de acordo com registos dos próprios doentes e passou a ser utilizada a forma considerada mais representativa a partir dos exemplos colhidos.

Com o fim de evitar que o doente fosse influenciado por uma tendência particular de resposta, algumas das questões foram ordenadas de forma sintomatologicamente positiva e outras de maneira negativa, em função do seu uso e conveniência. Foi decidido ainda que a cada sintoma deveria ser dada a possibilidade de várias colunas de resposta, a fim de que um doente não escolhesse sistematicamente a coluna do meio ou de um dos lados.

Ao responder à escala, é pedido a cada indivíduo que avalie cada sintoma como estando presente em quatro termos quantitativos: nenhuma ou raras vezes, algumas vezes, uma boa parte do tempo e a maior parte ou a totalidade do tempo. A cada resposta é atribuído o valor 1, 2, 3 e 4, tendo em conta a ordenação, num sentido ou noutro, da própria questão.

Quanto menos ansioso está o indivíduo, menor é a pontuação da escala e, naturalmente, quanto mais ansioso, maior se torna o número de pontos obtidos.

A escala vai, assim, de uma pontuação mínima de 20, até um valor máximo de 80. Podemos aceitar que acima de 37 há fortes suspeitas de dado indivíduo andar ansioso. Os valores de 40 e superiores tornam-se suspeitos de corresponderem a manifestações seguras de ansiedade-estado.

Dividindo a pontuação total obtida pelo valor máximo de 80 e multiplicando por 100, obtém-se um índice que manifesta o grau de ansiedade da pessoa.

A escala procura registar, como se disse anteriormente, quatro componentes de ansiedade, de natureza cognitiva, vegetativa, motora e do Sistema Nervoso Central.

O componente cognitivo é constituído pelas questões 1, 2, 3, 4 e 5, sendo o valor máximo deste componente de 20 pontos.

O componente vegetativo é formado pelas questões que vão desde a 10 até à 18, inclusive e o seu valor máximo é de 36 pontos.

O componente motor é composto das questões 6, 7, 8 e 9, sendo o seu valor máximo 16 pontos.

O componente do Sistema Nervoso Central está representado apenas por duas questões, a 19 e a 20, a que corresponde um valor máximo de 8 pontos.

Na sequência do que antes referimos quanto à avaliação, a que também procedemos, do consumo de bebidas alcoólicas e tendo em vista os objectivos que a seu propósito enunciámos, optamos pela administração da medida de auto-relato que o Michigan Alcoholism Screening Test (M.A.S.T.) constitui.

Este questionário consiste de 25 perguntas de fácil administração, a cujas respostas é atribuída uma cotação diferenciada de zero a cinco, de acordo com a maior ou menor discriminação que revelam em relação ao problema alcoolismo. Às respostas consideradas altamente discriminativas é atribuído um valor de 2 e às outras um valor de 1. As respostas afirmativas às questões 9, 20 ou 21 são consideradas diagnósticas, sendo-lhes atribuído um valor de 5 pontos.

Quando o M.A.S.T. apresenta um valor global igual ou inferior a 3, o indivíduo é considerado não alcoólico. Se se obtém um somatório de 4, o alcoolismo torna-se sugestivo. Se aquele valor é igual ou superior a 5, é indicativo de que o sujeito em questão será alcoólico.

## 1.2. Outros Instrumentos

Como refere Manita (2002): “Em Portugal são escassos os instrumentos de avaliação específicos para a área das toxicodependências... Se o panorama não é positivo no que diz respeito aos “instrumentos de avaliação geral”, ele revela quase um “deserto” no que se reporta a instrumentos orientados especificamente para a avaliação de dimensões da toxicodependência.... à excepção de uma ou outra versão experimental... é praticamente impossível encontrar em Portugal instrumentos de avaliação devidamente adaptados (ou construídos de raiz)... “

Atendendo ao exposto, à pesquisa bibliográfica que efectuamos e à nossa prática clínica no que se refere ao acompanhamento de toxicodependentes e no sentido de procedermos à caracterização dos sujeitos aquando da sua entrada no programa de substituição com metadona do CAT Ocidental do Porto, decidimo-nos pela elaboração de um instrumento de recolha de informação, que procuramos obter através da consulta individualizada dos respectivos processos clínicos. Do referido instrumento, fizemos constar, especificadamente:

- Questões de identificação geral, incluindo itens como os números do processo clínico e de ordem que atribuímos relativamente ao presente estudo e datas de admissão, na Instituição e no programa de tratamento com metadona.
- Dados sociodemográficos dos quais incluímos parâmetros referentes à idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, situação profissional, residência/co-habitação, fratria, parentalidade, integração (familiar, em grupos de consumidores e em grupos de não consumidores) e autonomia (económica e habitacional).

Para a caracterização do estado civil, consideramos as subcategorias de solteiro, casado/junto, divorciado/separado e viúvo; relativamente ao grau de



escolaridade obtido, definimos como seus itens: a) ensino básico: 1.º ciclo (1.ª/4.ª classe); 2.º ciclo (5.º e 6.º anos); 3.º ciclo (7.º, 8.º e 9.º anos); b) ensino secundário: 10.º ano; 11.º ano e 12.º ano; c) ensino superior e d) analfabetismo; No que à situação profissional se referia, admitimos como subcategorias as de estudante, empregado, desempregado, reformado/pensionista e outra; relativamente à residência/co-habitação, interessando-nos saber com quem viviam os sujeitos, pelo que definimos a sua subcategorização não exclusiva segundo os itens: mãe; pai; cônjuge/companheiro (a); irmãos; filhos; outros familiares; não familiares e sozinho; das fratrias interessou-nos conhecer da eventual existência de irmãos dos sujeitos, bem assim como da posição ocupada por estes nos agrupamentos que aquelas representam; no que se refere à parentalidade (descendentes), a integração e autonomia, utilizamos como suporte metodológico para a inscrição posterior dos respectivos resultados a elaboração que dicotomizámos das questões tipo sim/não que a esse propósito incluímos.

- Dados clínicos sobre o consumo de tóxicos, elaborando para o efeito três tabelas pelas quais tentámos desenhar a história toxicológica, quer passada, quer actual, dos sujeitos, quando admitidos no tratamento com metadona. Quanto à primeira, quisemos saber da idade da primeira utilização, para as substâncias que considerámos (haxixe, heroína, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas e outras substâncias não indicadas na tabela correspondente). Relativamente à segunda (história toxicológica actual), interessou-nos conhecer a antiguidade (em anos) do consumo de heroína, as suas quantidades consumidas, em média e por dia (g/dia), segundo os registos baseados nos relatos dos sujeitos, os consumos de outras substâncias

que lhe estivessem eventualmente associados (haxixe, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas, álcool ou outra), e as vias de administração utilizadas (fumada, endovenosa, fumada e endovenosa, nasal e oral).

- Tratamentos verificados ou não anteriormente e na actualidade, discriminando o seu tipo quando existiram ou existiam. Dos eventualmente realizados no passado, importou-nos a desabitação ocorrida em contexto, quer domiciliário, quer institucional, a prescrição médica de antagonistas e ou de agonistas opiáceos (naltrexona e metadona), o internamento em comunidade terapêutica e a auto-medicação com metadona.

Aquando da entrada dos sujeitos no programa de substituição com metadona do CAT Ocidental do Porto, interessou-nos também conhecer da existência ou não, quer dum tratamento de substituição já em curso, estabelecido e medicamente prescrito, quer de auto-medicação com metadona.

- Dados clínicos sobre patologia infecto-contagiosa que referenciámos à serologia para o vírus da imunodeficiência humana (vih), hepatites B, C e Delta e sífilis (vdrl e tpha) e que registámos num quadro que nos permitisse saber da existência ou não dos correspondentes testes e os seus respectivos resultados.
- Elementos relativos à existência ou não do consumo, quer de substâncias ilícitas, quer de álcool em quantidades que os sujeitos tivessem considerado como excessivas, nos seus familiares mais directos (pais e/ou irmãos) e na esposa/companheira(o), quando eram casados ou viviam maritalmente.
- Referências à história criminal no que importava à verificação ou não no passado, de detenções em estabelecimentos prisionais.
- Outros dados, relativos ao número total de consultas efectuadas no CAT Ocidental do Porto, até à admissão no programa de tratamento com

metadona, ao tempo decorrido (em semanas) entre a admissão na Instituição e o início do tratamento de substituição e à dose de metadona inicialmente prescrita.

Aquando da aplicação dos testes estandardizados de auto-avaliação que anteriormente referimos e através de outro instrumento de auto-preenchimento que criamos, actualizamos a informação de natureza sócio-demográfica, considerando os itens: idade, estado civil, escolaridade, residência/ coabitação e situação profissional. Relativamente a este último domínio, inscrevemos como possibilidades que admitimos, as de estudante, reformado/pensionista, curso de formação profissional (frequência), empregado e desempregado. Procurámos ainda, complementarmente, caracterizar o trabalho, quando existia, em termos de estável ou temporário/irregular e saber do tempo de verificação da situação de ocupação profissional (<1mês; 1-6meses; >6meses). Para as situações de desemprego, importou-nos de igual modo saber do tempo em que o mesmo se verificava (<1mês; 1-6meses; 7-12meses; >12meses). Pelo referido instrumento pretendemos também conhecer dos hábitos dos utentes quanto ao consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco, substâncias relativamente às quais procurámos desenhar o seu correspondente perfil toxicológico. Assim, através de questões abertas que formulámos, procurámos conhecer as idades relativas, quer ao seu início experimental, quer ao seu consumo regular e por questões fechadas, pretendemos a disponibilização de informação acerca do seu consumo na actualidade. No que ao tabaco se refere e quando as respostas eram afirmativas, perguntámos pelo número de cigarros fumados, por dia. No que se relacionava com as bebidas alcoólicas e quando se verificava a confirmação do seu consumo, interessou-nos também saber de que modo o mesmo ocorria (diariamente; fins-de-semana; ocasionalmente) e quando o utente se referia como abstémio, procurámos discriminar o tempo (em semanas, meses ou anos)

em que esse estado se verificava. Para a avaliação do consumo de álcool, quando este ocorria, apresentámos um quadro onde constavam diversos tipos de bebidas alcoólicas, a que fizemos corresponder, graficamente, diversas volumetrias/quantidades, tendo em vista proceder depois, à medição de álcool puro ingerido, por dia, pelos sujeitos, em função dos registos que efectuavam no citado quadro.

Para esse efeito, utilizámos uma tabela padronizada de correspondência das diferentes gramagens de álcool puro, em função da natureza e quantidade das diversas bebidas consumidas, referência material esta que solicitámos ao Centro Regional de Alcoologia do Porto e que consta do Documento “Horizontes da Bebida e do Beber” (Coutinho, Jorge; Morais, Carlos; Salgadinho, Maria José e Marques, José), elaborado no âmbito do Programa Horizon (Porto, 1995).

Para além dos registos indicados a que procedemos, recolhemos outros dados amostrais através da pesquisa que efectuamos dos processos clínicos. A este propósito verificamos, relativamente a cada um dos sujeitos, os totais de consultas realizadas no CAT Ocidental do Porto, nos referidos dois momentos de análise do estudo (T1 e T2), as doses de metadona que então estavam prescritas, o seu tempo de permanência no tratamento com metadona, reportado, à sua saída do estudo e as análises de amostras de urina, referentes à pesquisa de metabolitos de heroína e cocaína, efectuadas durante o tempo de seis meses em que decorreu a sua participação no estudo.

## **2. Procedimentos**

A população estudada foi seleccionada com base nos utentes que recorreram à consulta do CAT Ocidental do Porto e que foram admitidos no programa de tratamento de manutenção com metadona daquela Instituição, no período compreendido entre Abril de 1999 e Setembro de 2002. Nesse sentido, conceptualizámos um estudo longitudinal cujo início foi assinalado pela administração de vários instrumentos de auto-avaliação,

sendo o fim da investigação sinalizado por nova apresentação, que se repetiu, dos mesmo meios de avaliação.

Para além da caracterização dos sujeitos a que procedemos aquando da sua admissão no programa de tratamento (T0), a colheita de dados foi assim estabelecida ao longo de dois tempos: Tempo 1 (T1) correspondendo à primeira aplicação dos instrumentos auto-avaliativos e Tempo 2 (T2), passados seis meses da entrada dos sujeitos no estudo, a que correspondeu a segunda passagem dos referidos instrumentos. Nos dois tempos referidos, foi também apresentado um breve inquérito referente, quer à caracterização sócio-demográfica dos sujeitos que se actualizou, quer ao seu consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco. Antes do seu preenchimento, os utentes foram informados acerca, quer da natureza da investigação, dos seus direitos de anonimato e de confidencialidade, da liberdade que lhes era reconhecida quanto ao aceitar ou recusar participar ou mesmo abandonar a investigação, quer acerca de todas as questões que colocaram. A escolha destes tempos obedeceu a alguns imperativos metodológicos relacionados com o tipo de estudo. Com a avaliação em dois tempos, pretendemos obter informação acerca da caracterização e estabilidade das variáveis que considerámos.

O estudo que desenhamos foi inicialmente exposto à equipa técnica do CAT Ocidental do Porto, tendo em vista o seu conhecimento quanto aos nossos propósitos, que refutamos de importante no âmbito do acompanhamento institucional dos sujeitos, os quais assim poderiam ser complementarmente esclarecidos, se disse houvesse necessidade.

Os instrumentos de auto-avaliação foram sempre administrados a cada sujeito, pelo mesmo técnico, em contexto de consulta, quer por nós próprios na maioria dos casos, quer por alguns colegas que se disponibilizaram para esse efeito no que se referiu a alguns dos utentes por cujo acompanhamento psicoterapêutico eram responsáveis.

A amostra inicial consistiu dos sujeitos admitidos no programa de manutenção com metadona sendo constituída por um grupo de 102 utentes. Devido ao abandono do estudo por parte de 7 utentes, relativamente ao seu Tempo 2, a amostra final ficou composta por 95 elementos que foram alvo das duas avaliações com seis meses de intervalo.

Pela verificada demora no tempo de recolha dos dados amostrais, relacionada com os instrumentos de auto-avaliação, justificada pelos motivos que anteriormente referimos e pelos prazos legais de entrega deste trabalho, optámos por não fazer entrar no estudo outros sujeitos, apesar de entretanto admitidos no programa de tratamento de manutenção com metadona da Instituição.

### **3. Codificação e Transformação dos Dados**

Após a recolha dos dados, procedemos à sua codificação, que uniformizamos segundo os diferentes itens e efectuamos o seu lançamento numa base de dados geral, que criamos utilizando o programa MS Access. Por este procedimento, tornamos possível o tratamento não só global, mas também sectorizado da informação que recolhemos e que, depois de “limpa” de erros de introdução informática, foi processada no programa de estatística SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versão 10.0 (2001) para o Windows®.

Para efeitos de análise estatística, o grupo de sujeitos foi subdividido em dois subgrupos. A constituição destes subgrupos foi organizada segundo a variável de critério “emits(#) positivas”, tendo por base um seu valor arbitrário de corte de 0.20 (isto é, os sujeitos foram incluídos no grupo de não-consumidores ou de consumidores, conforme apresentavam, até 0.20 de emits positivas, ou um seu valor superior, respectivamente (Total de emits/sujeito: 9.15 d.p. = 3.37 ; Total de emits/amostra: 841).

(#) Enzyme multiple immunoassay Test.

## VI. RESULTADOS

### 1. Caracterização da Amostra

Considerando que o nosso estudo incidiu sobre uma população de toxicodependentes com antiguidades diversas relativamente ao tratamento com metadona que efectuavam e requereu a aplicação de instrumentos de auto-avaliação em dois tempos diferentes, a caracterização da amostra a que procedemos é constituída por três partes, a primeira das quais corresponde à admissão (T0) dos sujeitos no programa. A segunda e terceira partes referem-se aos momentos (T1 e T2) em que aqueles instrumentos auto-avaliativos foram aplicados.

Os dados da caracterização da amostra foram dispostos em quadros compostos de distribuição de frequências, as quais complementámos, quando apropriado, com as respectivas médias e o desvio padrão.

#### 1.1. Admissão no Programa (T0)

Dos 102 sujeitos que constituíram a amostra inicial e quanto à sua admissão no programa de substituição com metadona, verificámos que:

- Relativamente à sua caracterização sócio-demográfica, a sua média de idades era de 33.4 anos (d.p. = 6.12), com valores que oscilavam entre os 20 anos e os 48 anos; predominavam os elementos do sexo masculino que constituíam 85.3% do universo populacional considerado; quanto ao estado civil, 56.9% dos sujeitos eram solteiros, 20.6% eram casados ou viviam maritalmente, 20.6% eram divorciados ou estavam separados de facto e 2% eram viúvos; no que se refere à escolaridade, 25.5% deles tinham o 1.º ciclo, 29.4% e 31.4% tinham respectivamente o 2.º e o 3.º ciclo e 1%, 5.9% e 2.9% possuíam como habilitação literária, o 10.º, 11.º

e 12.º anos, respectivamente. Da referida população, 2% tinham frequência do ensino superior e 2% eram analfabetos; no que se relacionava com a situação profissional, 14.7% dos sujeitos encontravam-se empregados, 81.4% estavam desempregados e 2% estavam reformados ou eram pensionistas; referente à situação de residência/coabitação, 29.4% viviam sozinhos, 59% residiam com pelo menos um dos pais e irmãos, 4.9% com pelo menos um dos pais, cônjuge/companheiro(a) e filhos, 11,8% com o cônjuge/companheiro(a) e filhos, 2.9% com o cônjuge/companheiro(a) e outros familiares, 1% com outros familiares e 1% com não familiares; do estudo das fratrias a que os sujeitos pertenciam, verificámos um total máximo de 13 irmãos (média: 3.60; desvio padrão: 2.573), ocupando aqueles em média, a posição de 3.14 (desvio padrão: 2.185) que variava entre os limites de 1 (irmão mais velho, a que correspondiam 22.5% dos casos) e de 10; da análise da parentalidade, constatámos que 48.5% tinham filhos; quanto à integração sócio-familiar, verificámos que 69.6% dos sujeitos encontravam-se integrados familiarmente e respectivamente 60.8% e 23.8% estavam integrados em grupos de consumidores e em grupos de não consumidores de substâncias ilícitas; relativamente à autonomia, económica e habitacional, constatámos valores de respectivamente, 11.9% e 10.9% em relação à totalidade da amostra considerada.

- Da história toxicológica dos sujeitos constatámos que: quando referenciados, os consumos de haxixe, heroína e cocaína, tinham-se iniciado regularmente, em média, aos 15.77 anos (d.p.= 4.34), 20.08 anos (d.p.= 4.91) e 21.12 anos (d.p.= 5.37), respectivamente e os de anfetaminas e de benzodiazepinas, em média respectivamente, aos 18.60



anos (d.p.= 4.20) e aos 21.81 anos (d.p.= 8.11) ; quanto especificamente ao consumo de heroína, verificámos que a sua antiguidade média era de 13.33 anos (variando entre 3 anos e 27 anos), que a sua quantidade média consumida, por dia, era de 0.78g (variando entre 0.125g e 3g), utilizando os utentes as vias de administração fumada e endovenosa em respectivamente 50% dos casos e 45.1% dos casos e a fumada e a endovenosa, em concomitância, em 4.9% das situações; no que concernia aos consumos associados de outras substâncias e via(s) de administração utilizada(s), verificamos que, para além do consumo de heroína, 12.7% dos sujeitos fumavam haxixe, 85.3% deles eram também consumidores de cocaína, que utilizavam as vias fumada, endovenosa ou ambas em co-ocorrência em respectivamente, 41.2%, 40.2% e 3.9% dos casos e constatámos que os consumos de benzodiazepinas, não prescritas medicamente e de álcool em quantidades consideradas excessivas, se verificavam em respectivamente, 10.8% e 6.9% da amostra.

- Dos tratamentos realizados antes da admissão no programa de substituição com metadona no CAT Ocidental do Porto, verificámos que daqueles sujeitos, 87.3% e 62.7% respectivamente, haviam já efectuado desabituação de opiáceos no domicílio ou em ambiente institucional, 50% e 29.6% respectivamente, tinham realizado antes, tratamento com fármacos antagonistas e agonistas opiáceos, 16.7% haviam estado internados em comunidades terapêuticas e 29.3% tinham efectuado automedicação com substitutos opiáceos, nomeadamente metadona.

Aquando da admissão dos sujeitos no referido programa terapêutico, 9.8% estavam já medicados com metadona por outras Instituições de

onde tinham sido transferidos e 2% encontravam-se auto-medicados com o referido fármaco de substituição.

- Da patologia infecto-contagiosa que estudámos, verificamos que 37.3%, 4.9%, 75.5% e 5.9% dos sujeitos eram seropositivos, respectivamente para os vírus da imunodeficiência humana e das hepatites B, C e delta e 12.7% e 7.8% apresentavam provas serológicas de sífilis positivas (respectivamente vdrl e tpha).
- Do estudo da toxicodependência e do alcoolismo em familiares, verificámos que a toxicodependência se constatava na mãe em 1% dos sujeitos e no pai também em 1% deles, nos irmãos em 34.3% e no cônjuge/companheiro(a) em 9.8%. Quanto ao alcoolismo, verificava-se na mãe, no pai e nos irmãos respectivamente em 2.9%, 13.7% e 84.3% dos casos. Da sua incidência no cônjuge/companheiro(a), não foi possível obter indicações devido à indisponibilidade da correspondente informação, porque não registada nos processos clínicos respectivos (81.4% dos casos).
- Quanto à história criminal no que importava a detenções anteriores em estabelecimentos prisionais constatámos que 44.1% dos sujeitos tinham estado reclusos pelo menos uma vez.
- Relativamente à interacção com a Instituição e com o seu programa de tratamento com metadona: a) o tempo que decorreu entre a primeira consulta que os sujeitos efectuaram no CAT Ocidental do Porto e a prescrição que iniciaram daquele fármaco, foi em média de 26.43 semanas (d.p. = 36.70); b) durante esse tempo, os utentes realizaram em média 9.78 consultas (d.p. = 12.46); c) a dose média de metadona inicialmente prescrita foi de 44.06mg (d.p. = 19.08).

## 1.2. Primeira Passagem dos Instrumentos de Auto-Avaliação (T1)

Aquando da entrada dos sujeitos no estudo, constatamos que:

- Em relação à sua caracterização socio-demográfica, a média de idades era de 34.46 anos (d.p. = 6.08), apresentando valores que oscilavam entre os 21 anos e os 49 anos e predominavam os elementos do sexo masculino (84.3%); quanto ao estado civil, 53.9% eram solteiros, 30.4% eram casados ou viviam maritalmente, 13.7% estavam divorciados ou separados de facto e 2% eram viúvos; relativamente à escolaridade, 29.4% tinham o 1º ciclo como habilitação literária, 30.4% e 24.5% possuíam respectivamente o 2º e o 3º ciclos e 2%, 6.9% e 3.9% tinham o 10º, 11º e 12º anos, respectivamente. Daquela população, 2% tinha frequência do ensino superior e 1% era analfabeta; no que se refere à situação de residência/coabitação, 13.7% viviam sozinhos, 51.0% residiam com pelo menos um dos pais e irmãos, 1% viviam com pelo menos um dos pais, cônjuge/companheiro(a) e filho(s), 29.4% com o cônjuge/companheiro(a) e filho(s), 2% com outros familiares e 2.9% com não familiares; quanto à situação profissional, 19.6% e 10.8% referiam respectivamente, ocupação estável e irregular, 2% frequentavam curso (s) de formação profissional e 7.8% estavam reformados ou eram pensionistas. Dos sujeitos ocupados profissionalmente, 1%, 2.9% e 23.5%, trabalhavam respectivamente desde há menos de um mês, entre um e seis meses e há mais de seis meses. Dos indivíduos desempregados, 3.9%, 8.8%, 4.9% e 51.0%, estavam sem ocupação profissional respectivamente, desde até um mês, entre um e seis meses, entre sete e doze meses e há mais de doze meses.

- Da sua história toxicológica quanto ao consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco, importa salientar que: os consumos iniciais daqueles produtos ocorreram quando os indivíduos tinham em média respectivamente, 13.74 anos (d.p. = 3.87) e 13.23 anos (d.p. = 3.57), com valores que variavam entre os 5 e os 25 anos e entre os 6 e os 31 anos, respectivamente; os consumos regulares de álcool e de tabaco, sobrevieram quando os sujeitos tinham em média 17.57 anos (d.p. = 3.50) e 14.58 anos (d.p. = 3.63) respectivamente, com valores que oscilavam entre os 10 e os 32 anos, para a primeira daquelas substâncias e entre os 6 e os 31 anos, para a segunda delas; o padrão de consumo correspondente às bebidas alcoólicas era, quanto à sua frequência, diário, aos fins-de-semana e ocasional em 40.3%, 6.9% e 52.8% dos casos respectivamente, sendo as quantidades de etanol ingeridas em média e por dia de 34.82g (d.p. = 35.9), com valores que balanceavam entre 9g e 180g; 29.4% dos sujeitos referiam-se como abstinentes quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, sendo o tempo médio de abstinência de 59.37 meses (d.p. = 77.08), com valores que oscilavam entre 1 e 252 meses; 98% consumia tabaco, verificando-se um consumo médio de 24.16 cigarros por dia (d.p. = 9.97), variando os seus valores entre 6 e 60 cigarros.
- Relativamente ao programa de substituição verificamos não só que a antiguidade média do tratamento era de 59.09 semanas (d.p. = 44.31), com valores que oscilavam entre 1 e 174 semanas, mas também que a prescrição média diária de metadona era de 67.59mg (d.p. = 25.14), com valores a variar entre 8 e 160mg.

- No que se refere ao acompanhamento psicoterapêutico e social, apuramos que os sujeitos realizaram em média, 11.38 (d.p. = 10.97) consultas de psiquiatria, 20.23 (d.p. = 24.36) consultas de psicologia e 5.17 (d.p. = 8.21) consultas de serviço social, sendo de 36.01 (d.p.= 35.35) o total médio de consultas efectuadas por cada elemento.

### **1.3. Segunda Passagem dos Instrumentos de Auto-Avaliação (T2)**

Quando procedemos pela segunda vez à aplicação dos instrumentos de auto-avaliação a que anteriormente nos referimos, constatamos que a amostra final era constituída por 95 sujeitos, pois que, da população inicial, 7 utentes foram saindo do programa e consequentemente do estudo, por motivos diversos (alta clínica: 2; detenção em estabelecimento prisional: 1; internamento em unidades de saúde: 3; abandono voluntário: 1).

Relativamente àqueles sujeitos observamos que:

- No que se refere à sua caracterização socio-demográfica: a média de idades era de 34.91 (d.p. = 6.00), com valores que variavam entre os 21 e os 49 anos; predominavam os elementos do sexo masculino (79.4%); quanto ao estado civil, 53.7% eram solteiros, 29.4% estavam casados ou viviam maritalmente, 11.8% encontravam-se divorciados ou separados de facto e 2% eram viúvos; em relação escolaridade, 26.5% disponha do 1º ciclo, 32.4% e 18.6% tinham o 2º e o 3º ciclos, respectivamente, 4.9%, 3.9% e 3.9%, possuíam o 10º, 11º e 12º anos, 2% tinham frequência do ensino superior e 1% eram analfabetos; no que à situação de residência/coabitação se refere, 17.6% viviam sozinhos, 42.1% residiam com pelo menos um dos pais e irmãos, 2.9% coabitavam com pelo menos um dos pais, cônjuge/companheiro(a) e filho(s), 26.5% viviam

com o cônjuge/companheiro(a) e filho(s), 2% residiam com o cônjuge/companheiro(a) e outros familiares, 1% viviam com outros familiares e 1% com não familiares; quanto à situação profissional, 16.7% e 13.7% tinham respectivamente, uma ocupação estável e irregular, 2.9% frequentavam curso(s) de formação profissional e 8.8% eram reformados ou pensionistas; dos ocupados profissionalmente, 2.9%, 3.9%, e 18.6% trabalhavam respectivamente desde há menos de um mês, entre um e seis meses e há mais de seis meses; dos desempregados, 2.9%, 5.9% e 44.1% estavam sem ocupação profissional, respectivamente desde até um mês, entre sete doze meses e há mais de doze meses.

- Relativamente ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco, verificamos que quanto às primeiras e no que se referia à frequência da sua ingestão, era respectivamente, diário, aos fins-de-semana e ocasional em 31.4%, 3.9% e 32.4% dos casos, sendo as quantidades médias diárias de etanol ingeridas de 28.25g (d.p. = 30.72), com valores que oscilavam entre as 12 e as 146g; 25.5% diziam-se abstinentes do consumo de bebidas alcoólicas, sendo o tempo médio de abstinência de 69.15 meses (d.p. = 85), com valores que balanceavam entre os 2 e os 258 meses; 91.2% consumia tabaco, constatando-se um consumo médio diário de 23.34 cigarros (d.p. = 9.88), oscilando os seus valores entre os 5 e os 60 cigarros;
- Referentemente ao programa de substituição, constatamos que o tempo médio em tratamento era de 83.37 semanas(d.p. = 44.40), com valores que oscilavam entre as 23 e as 199 semanas e que a prescrição média

diária de metadona era de 71.09mg (d.p. = 27.55), com valores a variar entre os 3 e os 150mg.

- Quanto ao acompanhamento psicoterapêutico e social, constatamos que os sujeitos efectuaram em média 4.73 (d.p. = 3.64) consultas de psiquiatria, 6.82 (d.p. = 8.52) consultas de psicologia e 4.20 (d.p. = 8.07) consultas de serviço social, sendo de 15.75 (d.p. = 15.65) o total médio de consultas realizadas por cada elemento.

X X X

- Do estudo a que procedemos quanto à totalidade das consultas por área profissional, verificamos que na Instituição onde decorre o tratamento com metadona, os sujeitos efectuaram em média 22.65 (d.p. = 15.11) consultas de psiquiatria, 34.32 (d.p. = 28.86) consultas de psicologia e 12.05 (d.p. = 25.87) consultas de serviço social, às quais corresponde um valor global médio de 69.00 (d.p. = 47.93) consultas por sujeito, com variação entre 6 e 290 consultas.

## 2. Instrumentos de Auto-Avaliação

Os resultados que apresentaremos seguidamente estão reportados às 1ª e 2ª passagens dos instrumentos de auto-avaliação, sendo referidos respectivamente por A e por B.

### 2.1. Epi

#### *Não consumidores:*

EXTROV B - 66,6 % situavam-se entre  $\pm 1$  d.p. da média (11.7, d.p.=3.5)

NEUROT B - 69,1 % situavam-se entre  $\pm 1$  d.p. da média (12.2, d.p.=5.3)

EXTROV A - 66,6 % situavam-se entre  $\pm 1$  d.p. da média (12.3, d.p.=3.7)

NEUROT A - 64,3 % situavam-se entre  $\pm 1$  d.p. da média (13.9, d.p.=5.3)

A única diferença significativa entre as médias de A e B é para NEUROT ( $t=2,51$  (gl=41),  $p=0,01$ ) (Figura 8).

#### *Consumidores:*

EXTROV B - 74% situavam-se entre  $\pm 1$  d.p. da média (13.1, d.p.=3.1)

NEUROT B - 66 % situavam-se entre  $\pm 1$  d.p. da média (13.1, d.p.=5.5)

EXTROV A - 77,8 % situavam-se entre  $\pm 1$  d.p. da média (12.5, d.p.=2.7)

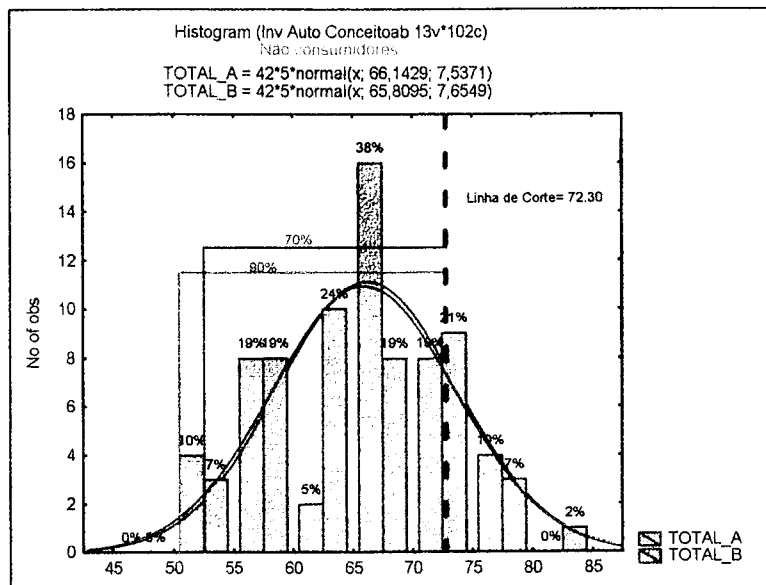
NEUROT A - 72,5 % situavam-se entre  $\pm 1$  d.p. da média (13.7, d.p.=4.8)



## 2.2. Auto-Conceito:

### *Não consumidores:*

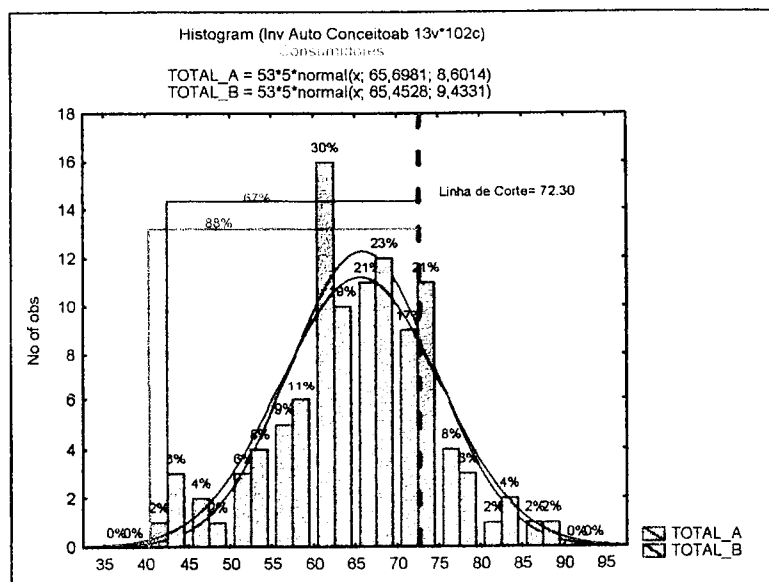
Pontuação total – 90% dos sujeitos situava-se abaixo da linha de corte (L.C.) em A, contra 70% em B (Figura 1).



**Figura 1** - Distribuição percentual dos sujeitos não consumidores, relativamente aos valores do Auto-conceito, para T1 e T2. LC-linha de corte; TOTAL\_A - total em T1; TOTAL\_B - total em T2

### *Consumidores:*

Pontuação total – 88% dos sujeitos situava-se abaixo da L.C. em A, e 67% em B (Figura 2).



**Figura 2** - Distribuição percentual dos sujeitos consumidores, relativamente aos valores do Auto-conceito, para T1 e T2. LC-linha de corte; TOTAL\_A - total em T1; TOTAL\_B - total em T2.

**Pontuação por factores:**

F1 (Aceitação/Rejeição Social): L.C. (15.87);

F2 (Auto Eficácia): L.C. (22.18);

F3 (Maturidade Psicológica): L.C. (14.48);

F4 (Impulsividade/Actividade): L.C. (11.82).

***Não consumidores:***

F1 – 47% dos sujeitos situava-se abaixo da L.C. em A contra 42% em B.

F2 – 98% dos sujeitos encontrava-se abaixo da L.C. em A e 95% em B.

F3 – 48% dos sujeitos situava-se abaixo da L.C. em A, contra 50% em B.

F4 – 48% dos sujeitos situava-se abaixo da L.C. em A e 50% em B.

***Consumidores:***

F1 – 53% dos sujeitos encontrava-se abaixo da L.C. em A e 30% em B.

F2 – 98% dos sujeitos situava-se abaixo da L.C. em A, contra 91% em B.

F3 – 58% dos sujeitos encontrava-se abaixo da L.C. em A e 56% em B.

F4 – 47% dos sujeitos encontrava-se baixo da L.C. em A e 43% em B.

**2.3. Mast**

Houve um decréscimo das pontuações totais, para ambos os grupos, entre o início e o fim do estudo (*não consumidores*: média 6,9 e 4,9, respectivamente, para A e B,  $t=3,5$ ,  $gl=41$ ,  $p<0.001$ ; *consumidores*: média 8,6 e 6,6, respectivamente para A e B,  $t=2,51$ ,  $gl=52$ ,  $p<0.05$ ). Média em A – 7.75 e média em B – 5.75.

No que se refere às quantidades de etanol puro ingeridas, não verificamos diferenças significativas. Todavia, no grupo dos consumidores, o abaixamento do seu consumo foi muito maior do que no dos não consumidores.

*Não consumidores:* média em A – 33.19g e média em B – 28.76g

*Consumidores:* média em A – 35.06g e média em B – 27.85g

Considerando o valor de 25g/dia como ponto de corte entre consumos “normais” e excessivos de etanol puro (Centro Regional de Alcoologia do Porto, Publicação Horizontes, 1995), verificamos que 47.61% dos sujeitos não consumidores se situava acima daquele valor em A e 35.71% em B, enquanto que 43.39% dos sujeitos consumidores se encontrava acima daquele valor em A e 33.96% em B.

## 2.4. SCI 90

Aqui apenas o item ANSIEDADE mostrou diferenças significativas entre A e B para o grupo de não consumidores, com uma descida significativa da ansiedade em B ( $t=2,19$ ,  $gl=41$ ,  $p=0,034$ ). Para o grupo de consumidores, o item MORTE subiu significativamente em B comparativamente com A ( $t=-3,091$ ,  $gl=52$ ,  $p=0,00319$ ).

Ambos os grupos diferem quanto ao item PARANOIDE em B, manifestando o grupo de consumidores valores mais altos ( $t=-2,25$ ,  $gl=93$ ,  $p=0,026$ ).

## 2.5. Iaclide

*Não consumidores:*

A – 49% tinham indicadores de depressão (33% - depressão leve; 10% - depressão moderada; 6% depressão grave).

B – 38% ainda mantinham esses indicadores (12% - depressão moderada; 24% - depressão média; 2% depressão grave) (Figura 3).

*Consumidores:*

A – 66% apresentavam indicadores de depressão (45% - depressão leve; 10% - depressão média; 11% depressão grave).

B – 36% ainda mostravam esses indicadores (5% - depressão leve; 14% depressão média; 17% depressão grave) (Figura 4).

As médias em A e em B não se distinguiam entre os 2 grupos, excepto para o F4 (que corresponde a um agregado de sintomas essencialmente de natureza interpessoal – débito excessivo de queixas, dependência dos outros e afastamento social – e biológica [desassossego interior]) em B, em que o grupo de não consumidores apresenta valores significativamente superiores ( $t=-2,3$ ,  $gl=93$ ,  $p=0.0019$ ).

## 2.6. Zung

Não verificamos diferenças significativas.

## 3. Estudo dos preditores

Vários estudos salientaram que algumas variáveis poderiam prever o comportamento dos sujeitos ao longo dos programas de metadona (Ottomanelli, G.A., 1997; Simpson, D.D. e col., 1978, 1979 e 1997; Judson, D. e col., 1982; Gmür, M., 1989; Dark, S. e col., 1994; Grella, C.E. e col., 1997; Mino, A. e col., 1998; Mason, B.J., 1998; Broome, K.M. e col., 1999; Avants, S.K. e col., 2000).

No sentido de verificarmos se na nossa amostra poderíamos encontrar algum indicador que, no plano clínico, nos indicasse a necessidade de alguma atenção especial para determinados sujeitos ao longo do programa, procedemos a uma análise de regressão simples segundo o método dos mínimos quadrados, tendo como variáveis independentes algumas características sócio-demográficas e as variáveis clínico-estruturais (assinaladas pelos autores dos estudos atrás citados) e como variável dependente o facto de os sujeitos consumirem ou não durante o programa de metadona. Os resultados que se mostraram significativos estão representados no Quadro 1.

		Beta	Beta est.	t	p
1.	TEMPO_CO	0,928608	0,05432	1908,568	0,000334
2.	QUANTIDA	0,680184	0,48838	1285,759	0,000495
3.	F1_A	-0,451768	-0,16784	-891,861	0,000714
4.	A_ANSI_A	0,382839	0,07394	667,006	0,000954
5.	TOTAC_A	0,457513	0,01689	538,681	0,001182
6.	F4AC_A	-0,319638	-0,05817	-365,156	0,001743
7.	RESULT_A	-0,404718	-0,03271	-785,086	0,000811
8.	CULPA_A	-0,310687	-0,09684	-607,941	0,001047
9.	APETIT_A	0,043441	0,01766	95,396	0,006673
10.	DEPRES_A	0,196344	0,13581	349,561	0,001821
11.	POSIÇÃO_	-0,161348	-0,02385	-290,778	0,002189
12.	HEROINA_	-0,135005	-0,08233	-219,388	0,002902
13.	IPS_A	-0,060773	-0,04473	-115,970	0,005489
14.	PSICO_A	0,015894	0,01351	26,821	0,023725
15.	PARANO_A	0,369318	0,139867	2,05054	0,043586

**Quadro 1** – Valores de  $\beta$ ,  $\beta$  estandardizado, t e significância para as variáveis que mostraram valores significativos na análise de regressão simples.

**Legenda:**

1. *Tempo de consumo* de heroína.
2. *Quantidade* de heroína consumida.
3. Factor *desempenho de tarefa* do IACLIDE.
4. Categoria *ansiedade* do SCI90, em A(T1).
5. *Pontuação total do auto-conceito* em A(T1).
6. Factor F4 (*impulsividade/actividade*) do auto-conceito em A(T1).
7. *Pontuação total do MAST*.
8. Categoria *culpa* do SCI90 em A(T1).
9. Escala suplementar *apetite* do SCI90 em A(T1).
10. Categoria *depressão* do SCI90 em A(T1).
11. *Posição da fratria*.
12. *Consumo de heroína no par*.
13. Categoria *sensibilidade interpessoal* do SCI90 em A(T1).
14. Categoria *psicoticismo* do SCI90 em A(T1).
15. Categoria *ideação paranóide* do SCI90 em A(T1).

Desta análise salientamos o **tempo de consumo** como a variável com maior valor preditivo para o consumo de substâncias ilícitas durante o estudo e a **Psico\_A** como a que apresenta menor valor preditivo significativo.

## VII. DISCUSSÃO

Neste capítulo procederemos à síntese e reflexão crítica dos resultados que apresentamos anteriormente. Na discussão a que nos propomos, manteremos a estruturação sequencial que utilizamos no capítulo precedente, quanto à apresentação dos resultados, salientando os aspectos mais significativos.

Considerando os objectivos desta investigação, privilegiaremos da discussão a que se reporta sobretudo ao tempo de seis meses durante o qual o estudo decorreu. Não deixaremos contudo de nos referir, ainda que de forma sucinta, à caracterização socio-demográfica e clínica da população que estudamos aquando da sua admissão no tratamento com metadona, porque o referido enquadramento constitui a matriz base da qual a nossa presente apreciação, não se pode, nem deve, desligar.

### 1. Admissão no Programa

#### 1.1. Caracterização Sócio-Demográfica

No que se refere às características gerais da amostra verificamos não só que o nível da sua média de idades, traduz um relativo envelhecimento da população, comparativamente ao constatado por outros autores (Romano, 2000), mas também que a maioria dos toxicodependentes são do sexo masculino, representação consistente de género que tem sido com frequência referida em estudos efectuados no âmbito da toxicodependência (Costa e col., 1997 e Costa e Freire, 1998 e Romano, 2000). A maioria dos sujeitos são solteiros, circunstância confirmada por outros autores (Costa e col., 1997 e Costa e Freire, 1998 e Romano, 2000) e residem com familiares, maioritariamente os seus pais, sugerindo eventuais dificuldades no processo de autonomização face à família de origem, sugestão que se sustenta ainda no facto de esta amostra apresentar um nível médio de escolaridade baixo, o que poderá constituir um outro factor de dificuldade daquele movimento de individualização sócio-familiar.

No plano da situação domiciliária/ habitacional, os nossos dados confirmam os que têm sido apresentados por outros estudos (Costa e col., 1997, Costa e Freire, 1998 e Romano, 2000).

Os nossos dados quanto à situação profissional, ao revelarem um desemprego marcante, acabam por se sobrepor aos dados apontados por outros estudos com toxicodependentes (Costa e col., 1997). Para além disso, esta amostra evidencia uma integração da maioria dos seus sujeitos junto dos seus pares, também eles consumidores, inscrevendo-os num registo de vinculação frequentemente observado no âmbito da toxicodependência.

No plano do desvio, verificamos uma elevada frequência de detenções na história criminal dos sujeitos, dado que foi já interpretado em trabalho anterior por Marques Teixeira (2001), relacionando-o com uma maior vulnerabilidade geral, que estes sujeitos apresentariam face ao seu envolvimento em comportamentos desviantes.

## **1.2. Caracterização Clínica**

Esta amostra, no momento da admissão em tratamento com metadona, caracteriza-se, no plano clínico, por:

- a) início na adolescência do consumo regular de produtos aditivos com um tempo médio de consumo regular alto;
- b) uma ampla variação das quantidades consumidas sendo, frequentemente, utilizada a via endovenosa;
- c) uma acentuada e frequente diversidade de outros tipos de tratamento já efectuados, bem como um uso frequente de agonistas opiáceos, nomeadamente de metadona, em auto-prescrição, situação já demonstrada por outros estudos no âmbito dos programas de substituição (McCann, 1994; Duro, P. e Colom, J., 1995 e Patrício, L., 1997 e 2002);

- d) elevada frequência de consumos concomitantes de outras substâncias psicoactivas, particularmente de cocaína, mas também, embora menos frequentemente, de haxixe e de benzodiazepinas, dado também verificado por Costa e Freire (1998) e relacionado com a sua fácil disponibilidade no mercado;
- e) a elevada concomitância de toxicodependência e de alcoolismo, enquanto problemáticas referidas pelos sujeitos nos seus familiares, sobretudo pais e irmãos, que na perspectiva de alguns autores (Marques Teixeira, 2001) poderá assinalar a importância de uma maior predisposição familiar face ao consumo de substâncias psicoactivas;
- f) e uma considerável prevalência de patologia infecto-contagiosa, nomeadamente de seropositividade para vih e vhc (da observação relativa a esta patologia, não fizemos constar as variáveis hbs+ e hdv+ [hepatites B e Delta] pela sua verificada fraca expressividade).

Podemos também constatar que, para a maioria dos sujeitos, ocorreu um intervalo de tempo relativamente longo entre a sua inscrição na Instituição e o início da prescrição de metadona. Este dado é sugestivo da política da Instituição de não considerar estes programas, como programas de primeira escolha, o que está de acordo com as propostas de vários autores neste domínio (Casas, M., 1995; Torres, M., 19997 e Patrício, L., 1988 e 2002). Essa situação também se traduziu na tentativa de envolvimento dos sujeitos em consultas de acompanhamento, bem como na prescrição cautelosa de doses médias iniciais de metadona.

Com esta caracterização pretendemos traçar um retrato muito global dos toxicodependentes que integram um programa de metadona na instituição em causa, não só no plano sócio-demográfico como clínico. Pensamos que deste modo contribuímos para um crescimento de conhecimento deste tipo de sujeitos.



Dado que entre o início do programa de metadona e a inclusão dos sujeitos desta amostra neste estudo decorreu um período de tempo relativamente longo, pelo menos para alguns, iremos do mesmo modo caracterizá-los à entrada deste estudo e avaliar as eventuais mudanças ocorridas ao longo do tempo que o estudo durou (6 meses).

## 2. Admissão/Permanência no Estudo

### 2.1. Caracterização Sócio-Demográfica

Das características sócio-demográficas dos sujeitos, susceptíveis de variação ao longo do estudo e relativas à idade, estado civil, ocupação profissional/desemprego e residência/coabitação, não encontramos, globalmente, modificações de relevo considerável, quando comparamos entre si os respectivos dados obtidos aquando da passagem dos instrumentos de auto-avaliação, plausivelmente pelo escasso tempo de seis meses em que a investigação decorreu. Contudo, no que importa à residência/coabitação, observamos um aumento discreto da parcela de sujeitos que residem sozinhos e uma diminuição, mais acentuada, da relativa aos que coabitam com os seus pais (Quadro 2).

RESIDÊNCIA / COABITAÇÃO (%)		
	T1	T2
<b>SÓ</b>	13.7	17.6
<b>PAIS / IRMÃOS</b>	51.0	42.1
<b>PAIS / CÔNJUGE/ FILHOS</b>	1	2.9
<b>CÔNJUGE / COMP. C/ FILHOS</b>	29.4	26.5
<b>CÔNJUGE/COMP/ OUTROS FAMILIARES</b>	-	2
<b>OUTROS FAMILIARES</b>	2	1
<b>NÃO FAMILIARES</b>	2.9	1

N= 95 SUJEITOS

**Quadro 2** – Distribuição percentual dos sujeitos consumidores/não consumidores, relativamente à residência/coabitação, para T1 e T2.

Quando comparamos aqueles dados com os indicadores correspondentes, verificados na admissão, constatamos relativamente ao estado civil, um abaixamento da

representatividade, quer dos sujeitos solteiros, quer dos divorciados/separados, por contraposição à dos casados ou a viver maritalmente, que aumenta (Quadro 3).

ESTADO CIVIL (%)			
	ADMISSÃO	T1	T2
<b>SOLTEIRO</b>	56.9	53.9	53.7
<b>CASADO / MARITAL</b>	20.6	30.4	29.4
<b>DIVORCIADO / SEPARADO</b>	20.6	13.7	11.8
<b>VIÚVO</b>	2	2	2

N/ ADMISSÃO = 102 SUJEITOS

N/ T1 E T2 = 95 SUJEITOS

**Quadro 3** – Distribuição percentual dos sujeitos consumidores/não consumidores relativamente ao estado civil, para T1 e T2.

No que se refere à residência/coabitação, verificamos que diminuem as taxas de sujeitos que residiam sozinhos ou com os pais/irmãos, aumentando a parcela correspondente à coabitação com companheiro(a) (Quadro 4).

RESIDÊNCIA / COABITAÇÃO (%)			
	ADMISSÃO	T1	T2
<b>SÓ</b>	29.4	13.7	17.6
<b>PAIS / IRMÃOS</b>	59	51.0	42.1
<b>PAIS / CÔNJUGE/ FILHOS</b>	4.9	1	2.9
<b>CÔNJUGE / COMP. C/ FILHOS</b>	11.8	29.4	26.5
<b>CÔNJUGE/COMP/ OUTROS FAMILIARES</b>	2.9	-	2
<b>OUTROS FAMILIARES</b>	1	2	1
<b>NÃO FAMILIARES</b>	1	2.9	1

N/ ADMISSÃO = 102 SUJEITOS

N/ T1 E T2 = 95 SUJEITOS

**Quadro 4** – Distribuição percentual dos sujeitos consumidores/não consumidores, relativamente à residência/coabitação, para admissão em programa, T1 e T2.

As modificações a que nos referimos ao nível do estado civil e residência/coabitação, parecem apontar, muito embora sujeito a reservas, no sentido da

autonomização dos sujeitos face à família de origem, passando a constituir núcleos familiares próprios.

## **2.2. Caracterização Clínica**

No sentido de complementar o que se referiu da caracterização clínica referente à admissão no programa, importa referir que constatamos à entrada dos sujeitos no estudo, a maior precocidade das suas idades médias correspondentes a consumos experimentais e regulares, quer de tabaco, quer de bebidas alcoólicas, relativamente às verificadas, para os consumos das substâncias ilícitas que estudamos, nomeadamente haxixe, heroína e cocaína. Ainda a propósito dos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco importa salientar a elevada prevalência de utilização destas substâncias que verificamos no início do estudo e se manteve quando o mesmo terminou, conservando-se, embora com discretas oscilações, a frequência do seu uso nos tempos em que foi apreciado. Se relativamente ao tabaco não constatamos diferenças importantes quanto às quantidades consumidas, no que se refere especificamente à alcoolização geral dos sujeitos, verificamos um decréscimo considerável do seu nível médio, em termos de álcool puro ingerido diariamente, também constatado em outros estudos (Anglin e col., 1989). Todavia, apesar desta descida, este indicador manteve-se com um valor elevado, que continuava a traduzir uma alcoolização média excessiva dos sujeitos, considerados na sua globalidade.

A problematização do consumo de álcool que verificamos no estudo mostra-se conformizada com a que é referida por diversos autores (Rittmannsberger, H. e col., 2000 e Hillebrand, J. e col., 2001) que referem como frequente o consumo excessivo de álcool no âmbito dos programas de substituição opiácea.

À dependência alcoólica têm sido associados indicadores de prognóstico mais reservado, no âmbito dos programas de substituição opiácea que incluem, relativamente

aos seus utilizadores, taxas mais elevadas de mortalidade e de incidência de patologia psiquiátrica, mais frequente manutenção continuada do consumo de substâncias psicoactivas e maior risco de overdose (Joseph e Appel, 1985; Roszell, Calsyn e Chaney, 1986; Chatham e col., 1995; El-Bassel, Schilling Turnbull e Su; Best, Gossop, Lehmann, Harris e Strang, 1999).

Analizadas as prescrições de metadona nos tempos que assinalavam a entrada dos sujeitos no estudo e depois a sua saída do mesmo, observamos (Quadro 5) que as médias posológicas utilizadas são concordantes com o intervalo de 60-120mg/dia, que é considerado como genericamente adequado a este nível da prática média, por diversos autores (Ball e Ross, 1991; Torrens, M., 1996 e San, L., 1997). Quanto à antiguidade do tratamento, verificámos médias de 59.09 e de 83 semanas, reportadas àqueles momentos de análise (Quadro 5).

METADONA			
	ADMISSÃO	T1	T2
<b>TEMPO EM TRATAMENTO (semanas)</b>	-	59.09	83
<b>DOSE (mg/dia)</b>	44.12	67.59	71.09

N/ ADMISSÃO = 102 SUJEITOS

N/ T1 E T2 = 95 SUJEITOS

**Quadro 5** – Substituição com metadona. Médias de tempo em tratamento em T1 e T2 e doses prescritas em admissão, T1 e T2.

Da análise da participação dos sujeitos no acompanhamento psicoterapêutico e social, que não tem o mesmo significado ou papel em todos os indivíduos, verificamos (Quadro 6), comparando os dois últimos momentos de recolha de informação, um decréscimo dos totais de consultas que efectuaram. Esta constatação mostra-se congruente com o que alguns autores também referem a propósito da verificação que fazem do “afastamento” frequente, maior ou menor, de alguns doentes do espaço

terapêutico relacional a que apenas fazem apelo com carácter irregular ou pontualmente quando em posição concreta de descompensação psicossocial.

CONSULTAS (média / total)		
	T1	T2
PSIQUIATRIA	11.38	4.73
PSICOLOGIA	20.23	6.82
SERVIÇO SOCIAL	5.17	4.20

N= 95 SUJEITOS

**Quadro 6** – Distribuição por médias e áreas profissionais, de consultas efectuadas em T1eT2.

Da análise das diversas variáveis de natureza sócio-clínica referentes à admissão dos sujeitos no programa de tratamento com metadona, verificamos que a **posição na fratria** assumia um valor predictivo do consumo das substâncias ilícitas durante o tempo em que o estudo decorreu ( $\beta = -0,161348$ ,  $p=0,0021$ ), isto é, quanto mais baixa for a posição na fratria, maior é a probabilidade de um indivíduo consumir no decurso do programa de metadona. O mesmo acontece quando o par é consumidor de **heroína** ( $\beta= -0,135005$ ,  $p= 0,0029$ ). Isto é, se o par é consumidor de heroína, a probabilidade de o sujeito consumir ao longo do programa de metadona diminui, o que é um dado aparentemente contraditório. As restantes variáveis significativas apresentavam valores que vão no sentido directo do consumo. Assim, as variáveis ligadas ao consumo anterior, como seja um maior **tempo consumo** ( $\beta = 0,9286$ ,  $p= 0,000334$ ), e uma maior **quantidade consumida** ( $\beta=0,680$ ,  $p= 0,000495$ ) predizem uma maior probabilidade de consumo durante o programa de metadona.

Em termos de co-morbilidade as variáveis que apresentavam valor preditivo foram a **ansiedade** ( $\beta= 0,382839$ ,  $p= 0,000954$ ) e a **depressão** ( $\beta= 0,196344$ ,  $p= 0,001821$ ).

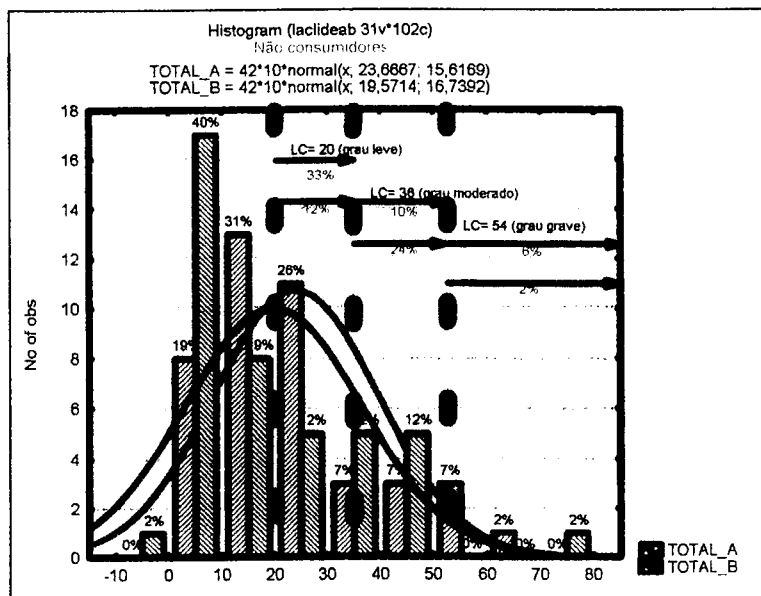
## 2.3. Instrumentos de Auto-Avaliação

### 2.3.1. Análise intra-grupos

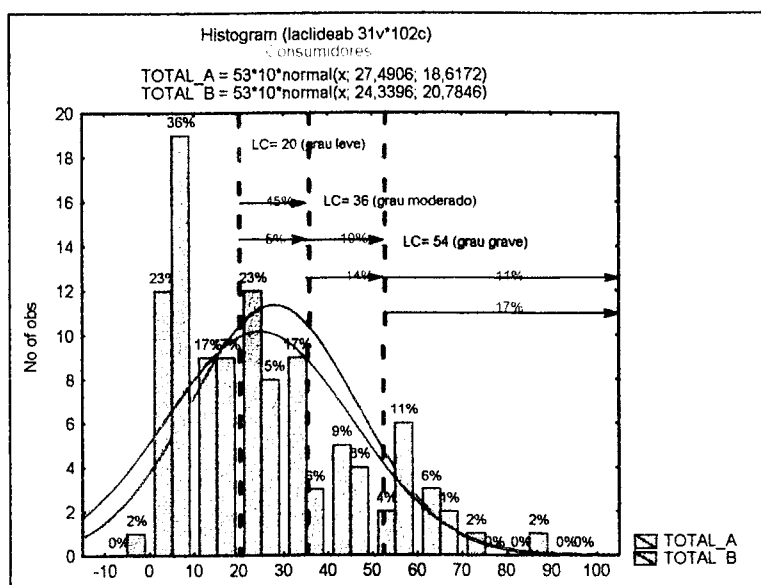
Neste âmbito, procedemos a uma avaliação das mudanças estruturais (traduzidas por variações significativas nas variáveis clínico-estruturais – neuroticismo/extraversão e auto-conceito – para cada grupo) entre o primeiro momento de avaliação e o 2º momento.

Enquanto que para o grupo de consumidores não foram encontradas diferenças significativas nas médias, entre os dois momentos de avaliação no que se refere aos dados do questionário de Eysenck, já no grupo dos não consumidores diminuíram significativamente as pontuações médias relativas à escala de neuroticismo ( $X_a=13,9$ ;  $X_b=12,2$ ,  $t= 2,51$ ,  $p=0,016$ ). No que se refere ao auto-conceito, um resultado inverso ocorreu: enquanto que os não consumidores não apresentaram variações do seu auto-conceito entre os dois momentos de avaliação, os consumidores diminuíram significativamente a média do factor de impulsividade/actividade ( $X_a=11,96$ ,  $X_b =11,22$ ,  $t=2,41$ ,  $p=0,019$ ).

No pano da co-morbilidade, 6% dos não consumidores apresentavam graus graves de depressão em T1, tendo apenas 2% apresentado este grau de depressão em T2; 10% apresentavam, em T1, graus moderados, tendo este valor subido para 24% em T2 e 33% apresentavam graus leves de depressão em T1, contra 12% em T2 (Figura 3). No que se refere aos consumidores, 11% apresentavam graus graves de depressão em T1, contra 17% em T2; 10% apresentavam graus moderados em T1, contra 12% em T2 e 45% apresentavam graus leves de depressão em T1, contra 5% em T2 (Figura 4).

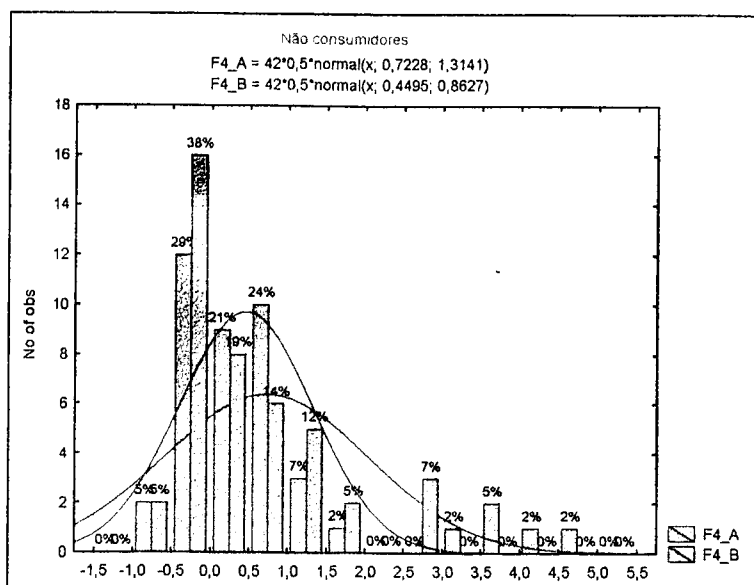


**Figura 3** – Distribuição dos sujeitos não consumidores relativamente aos valores do IACLIDE, para T1 e T2. LC- linha de corte; TOTAL\_A – total em T1; TOTAL\_B – total em T2.



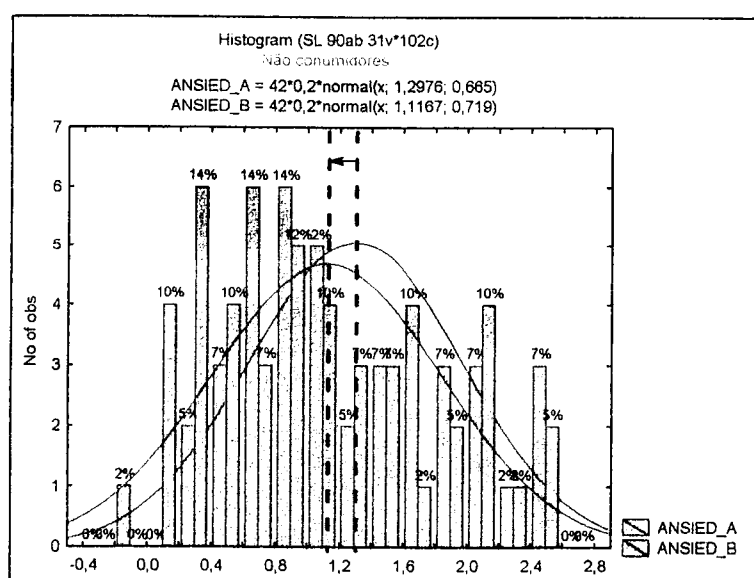
**Figura 4** – Distribuição dos sujeitos consumidores relativamente aos valores do IACLIDE, para T1 e T2. LC- linha de corte; TOTAL\_A – total em T1; TOTAL\_B – total em T2.

Esta diferente distribuição entre T1 e T2 apenas se mostrou significativa para os não consumidores e para o factor *desempenho*. De facto, apenas este grupo teve uma variação significativa deste factor, no sentido da diminuição das pontuações médias (Figura 5) entre os dois momentos de avaliação ( $X_a = 0,79$ ,  $X_b = 0,52$ ,  $t=2,071$ ,  $p=0,044$ ).



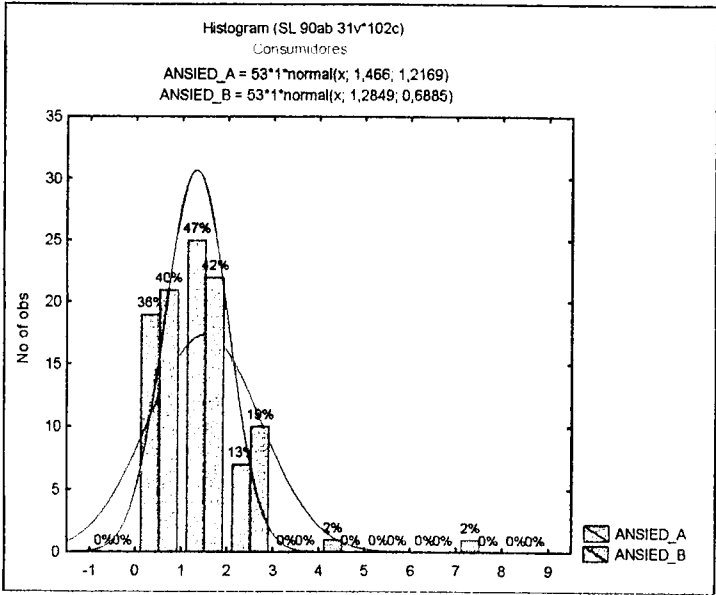
**Figura 5** – Distribuição dos sujeitos não consumidores relativamente ao factor *desempenho* do IACLIDE, para T1 e T2.  
 F4\_A – em T1; F4\_B – em T2

Ainda no plano da co-morbilidade, o grupo de não consumidores (Figura 6), ao contrário do grupo de consumidores (Figura 7), diminuiu significativamente as médias das pontuações da ansiedade (avaliada através do SCL-90) entre os dois tempos de avaliação ( $X_a = 1,30$ ,  $X_b = 1,12$ ,  $t=2,19$ ,  $p=0,034$ ), mas estes – os consumidores – aumentaram significativamente a ideação sobre a morte entre a 1ª e a 2ª avaliação ( $X_a = 1,13$ ,  $X_b = 1,58$ ,  $t=-3,09$ ,  $p=0,0031$ ).



**Figura 6** – Distribuição dos sujeitos não consumidores relativamente aos valores do SL90/ANSIEDADE, para T1 e T2.  
 ANSIED\_A – em T1; ANSIED\_B – em T2.





**Figura 7** – Distribuição dos sujeitos consumidores relativamente aos valores do SL90/ANSIEDADE, para T1 e T2.  
ANSIED\_A – em T1; ANSIED\_B – em T2

Finalmente, no que se refere aos totais obtidos no MAST, ambos os grupos diminuíram significativamente as médias ( $X_a = 6,90$ ,  $X_b = 4,97$ ,  $t=3,59$ ,  $p=0,0008$ , para os não consumidores e  $X_a = 8,60$ ,  $X_b = 6,69$ ,  $t=2,51$ ,  $p=0,015$ ), muito embora o grupo de não consumidores tenha apresentado valores superiores dessa descida (Quadro 7).

	Média	t	Gl	p
<b>Não consumidores</b>				
RESULT_A/B	6,9/ 5	3,6	41	0,000874
<b>Consumidor</b>				
RESULT_A/B	8,6 / 6,7	2,514834	52	0,015040

**Quadro 7** – Comparação das médias entre T1 e T2 para o teste MAST, dos consumidores e não consumidores.

Nas restantes variáveis não houve variações significativas para cada um dos grupos.

### 2.3.2. Análise inter-grupos

Seguidamente fomos verificar se os dois grupos se distinguíam entre si em termos das variáveis clínico-estruturais (neuroticismo/extroversão e auto-conceito). Esse procedimento foi feito através das comparações das diferenças de médias dos dois grupos para cada uma das variáveis consideradas, nos momentos T1 e T2.

No que se refere ao questionário de Eysenck, os dois grupos não se distinguíam no momento T1 mas, no momento T2, os consumidores mostraram-se mais extrovertidos, relativamente aos não consumidores ( $X_{\text{não consumidores}} = 11,76$ ,  $X_{\text{consumidores}} = 13,15$ ,  $t=-2,008$ ,  $p=0,047$ ) (Figura 8). No que se refere ao auto-conceito não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, em qualquer um dos 2 momentos de avaliação.

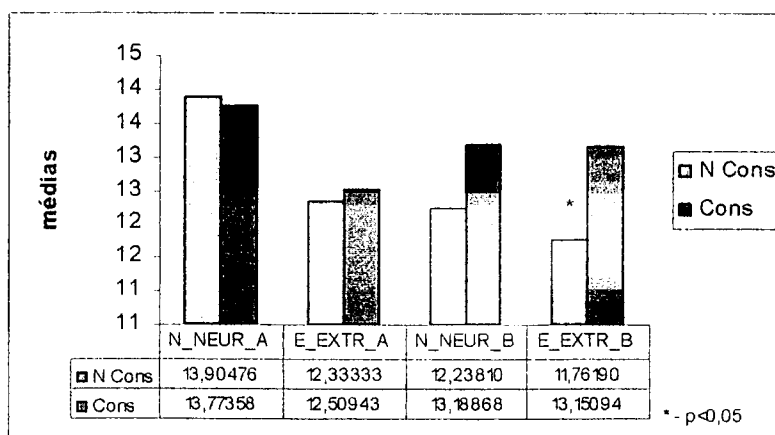


Figura 8 – Médias e significância para EPI por grupos.

No que se reporta à co-morbilidade, o grupo de consumidores apresentava valores mais elevados apenas do componente vegetativo da depressão em T2 ( $X_{\text{não consumidores}} = 0,45$ ,  $X_{\text{consumidores}} = 0,98$ ,  $t=-2,37$ ,  $p=0,019$ ), mas não em T1, o mesmo acontecendo para a paranóia apenas em T2 ( $X_{\text{não consumidores}} = 1,42$ ,  $X_{\text{consumidores}} = 1,73$ ,  $t=-2,54$ ,  $p=0,026$ ).

As diferenças entre os grupos quanto aos valores do MAST, não se mostraram significativas.

3. Outras Variáveis

3.1. Metadona (doses prescritas)

Quer para o grupo 1 (consumidores), quer para o grupo 2 (não consumidores), constatou-se um aumento significativo de doses entre o início do programa e o fim do estudo (Figura 9), mas entre os grupos não se verificaram diferenças significativas nas doses de metadona prescritas.

	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv	t	df	p
CON_GP=1								
DOSE_MET	47,85714	27,27						
DOSE_M2	73,61905	31,33061	42	-25,7619	28,97923	-5,76124	41	0,000001
CON_GP=2								
DOSE_MET	41,88679	9,31430						
DOSE_M2	69,09434	24,26002	53	-27,2075	21,95481	-9,02189	52	0.00000

	GP1	GP2	t-value	df	p
DOSE_MET	47,85714	41,88679	1,489339	93	0,139782
DOSE_M2	73,61905	69,09434	0,793527	93	0,429491

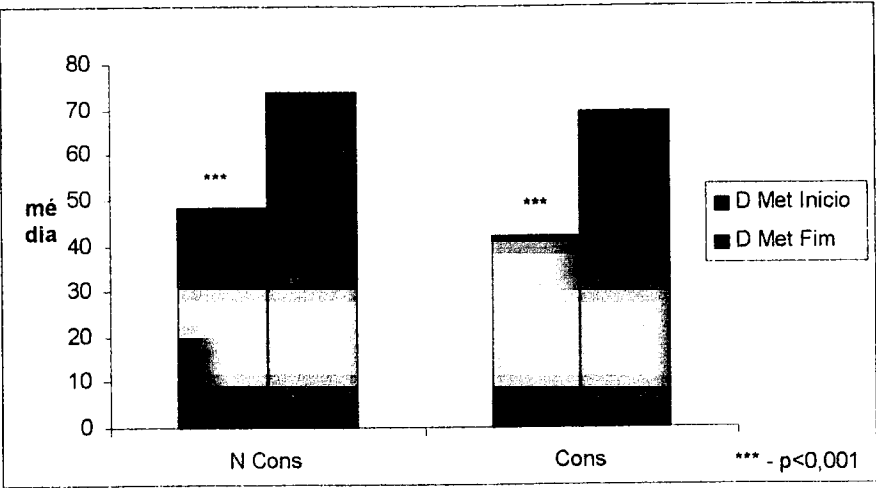


Figura 9 – Doses médias de metadona prescritas no início do programa e no fim do estudo

---

### **3.2. Metadona (tempo em tratamento)**

Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos no que respeita às médias do tempo em tratamento com metadona, não predizendo esta variável, o consumo durante o programa.

### **3.3. Consultas**

Não se verificaram diferenças nas médias relativamente ao número de consultas entre os grupos.

**PARTE C**

## I. SÍNTESE CONCLUSIVA

O presente estudo consistiu na avaliação das características discriminativas de sujeitos que no decurso de um programa de substituição opiácea com metadona, que efectuavam, apresentavam consumos de substâncias psicoactivas, nomeadamente de heroína e/ou de cocaína, ou se encontravam “abstinentes” daqueles produtos.

A medida “emits positivas” (no que se refere á pesquisa de metabolitos daquelas nomeadas substâncias), realizadas durante os seis meses em que o estudo decorreu constituiu-se como a variável de critério relativamente á formação de dois grupos de sujeitos, definidos respectivamente de consumidores e de não consumidores, em função dos resultados, positivos ou negativos, dos referidos testes.

Para a constituição dos citados grupos, utilizou-se como seu critério organizador, um valor arbitrário de corte daquela variável, correspondente a um índice de 0.20 ( $\pm$  d.p.=0.25) dos testes positivos, que se reportou ao total de análises efectuadas por cada um dos sujeitos.

- Da análise, intra e inter-sujeitos a que se procedeu nos dois tempos de recolha de informação, considerando as características pré-tratamento dos sujeitos, as medidas dos instrumentos estandardizados de avaliação aplicados e a relação dos sujeitos com o programa, concluiu-se pela verificação de várias diferenças nos referidos grupos, quando comparados, quer entre si, quer nos dois momentos de análise do estudo.
- Relativamente às variáveis clínico-estruturais estudadas – neuroticismo/extroversão e auto-conceito - os dois grupos apresentavam valores semelhantes aquando da entrada dos sujeitos no estudo.

Distinguiam-se apenas no fim do mesmo no que se refere à extroversão, mostrando-se os consumidores mais extrovertidos do que os não consumidores. Quanto ao auto-conceito, ambos os grupos apresentam uma percentagem elevada de indivíduos com auto-conceito baixo (90% e 88%, respectivamente para não consumidores e consumidores) que se mantém praticamente inalterada ao longo do estudo. Este dado é interessante, dado que quando comparado com outras amostras de sujeitos com problemáticas semelhantes, apresenta valores mais baixos. Na verdade, os valores encontrados por Marques-Teixeira (2003) para o auto-conceito, quer de toxicodependentes de carreira à entrada de uma comunidade terapêutica, quer de consumidores de carreira em contexto de rua (consumidores de rua), são bastante superiores aos da nossa amostra (61% e 41% respectivamente).

- No plano da co-morbilidade, o consumo excessivo de álcool constitui um problema frequente que é comum aos dois grupos, não havendo diferenças significativas entre si, embora em ambos se verifique uma sua diminuição significativa entre o início e o fim do estudo, constatação também verificada em outros trabalhos científicos, como referimos anteriormente (Rittmannsberger, H. e col., 2000; Hillebrand, J. e col., 2001).
- A ansiedade e a depressão, medidas no primeiro momento de avaliação, emergem como um dos problemas psicopatológicos mais evidentes em ambos os grupos, mostrando-se como preditoras de consumos durante o estudo: a ansiedade predizendo um aumento de 0,38 vezes a probabilidade de consumo e a depressão predizendo um aumento de 0,19 vezes. Outro

factor psicopatológico que se manifesta como preditor é a paranóia, medida no primeiro momento de análise do estudo (T1), que é responsável por um aumento de 0,37 vezes da probabilidade de consumo no tempo em que aquele decorreu.

- Neste tipo de análise efectuada, a dos factores preditores de consumo, emergiram algumas características dos sujeitos, das quais se destacam, para além da posição ocupada nas respectivas fratrias (a variação em uma unidade no valor da posição no momento A, faz. diminuir 0,16 vezes a probabilidade de se consumir durante o estudo), o tempo de consumo (responsável por um aumento de 0,93 vezes da probabilidade de consumo durante o estudo), a quantidade de heroína consumida (0,68 vezes), o auto-conceito (0,45 vezes) e os seus factores de aceitação/rejeição social e de impulsividade/actividade, que diminuem em 0,45 vezes e em 0,32 vezes, respectivamente, as probabilidades de consumo durante o estudo. Das constatações relativas a esta variável clínico-estrutural, resulta a importância da sua avaliação, no âmbito dos programas de substituição com metadona, considerando o seu valor preditor de consumo durante esses tratamentos.

Ressaltam deste trabalho 2 ideias-chave: (1) a população de heroinodependentes envolvida neste programa de substituição com metadona tende, numa grande percentagem, a manter o consumo de heroína ao longo do programa de substituição; e (2) alguns factores, quer de natureza sócio-demográfica, quer de natureza clínico-estrutural, emergem como factores de risco para predizerem uma maior probabilidade que isso aconteça.



Se alguma recomendação pudesse ser feita a partir destes dados, diríamos que se torna extremamente importante uma avaliação cuidadosa no início deste tipo de programas não só da co-morbilidade psiquiátrica como também das características estruturais deste tipo de sujeitos. Deste modo a intervenção psiquiátrica e psicológica ao longo do programa de tratamento poderá ser ajustada para a resolução dos problemas identificados e, desse modo, diminuir a probabilidade de consumos ao longo desse mesmo programa.

## II. BIBLIOGRAFIA

Abbott, P. J.; Moore, B.; Delaney, H. e Weller S. (1999): Retrospective analyses of additional services for methadone maintenance patients. *J. Subst. Abuse Treat.*, 1-2: 129-37.

Alemi, F.; Stephens, R. C.; Llorens, S. e Orris, B. (1995): A review of factors affecting treatment outcomes; Expected treatment outcome scale. *Am. J. Drug Alc. Abuse*, 21: 483-509.

Allison, M. e Hubbard, K. L. (1985): Drug abuse treatment process: A review of the literature. *International Journal of Addiction*, 20: 1321-1345.

Allison, M. e Hubbard, R. L. (1985): Drug abuse treatment process; a review of the literature. *Int. J. Addict.*, 20: 1321-1345.

Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., McKay, J. R., e Woody, G. E. (1996): Response to methadone maintenance and counseling in antisocial patients with and without major depression. *J. Nerv. Ment. Dis.* 184: 695-702.

Alterman, I.; Rutherford, M. J.; Mcdermott, P. A.; Boardman, C. R.; McKay, J. R. e Cook, T. G. (1998): A typology of antisociality in methadone patients. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 107, N.º 3, 412-22.

Altherman, A. I.; Rutherford, M. J.; Cacciola, J. S.; McKay, J. R. e Boardman, C. R. (1998): Prediction of 7 months methadone maintenance treatment response by four measures of antisociality. *Drug Alc. Depend.*, 49: 217-23.

Angel, P.; Richards, D. e Valleur, M. (2002): *Toxicomanias*. Edição Climepsi.

Anglin, M.D.; Almong, I.J.; Fischer, D.G. e Peters, R.P. (1989): Alcohol use by heroin addicts: Evidence for an inverse relationship. A study of methadone maintenance and drug-free treatment samples. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 15: 191-207.

Appel, P. W.; Joseph, H.; Kott, A.; Nottingham, W. ; Tasing , E. e Habel, E. (2001): Selected in - treatment outcomes of long term methadone maintenance treatment patients in New York State. *The Mt. Sinai J. Med.* Vol. 68, N.º 1: 55-61.

Appel, P. W.; Joseph, H.; Kott, A.; Nottingham, W.; Tasiny, E. e Habel, E. (2001): Selected in treatment outcomes of long-term methadone maintenance treatment patients in New York state. *The Mt. Sinai J. Med.*, 68(1): 55-61.

Apsler, R. e Harding, W. (1991): Cost-effectiveness of drug abuse treatment: current status and recommendations for future research. *N. I. D. A. Drug Abuse Research Series*, 1.

Apsler, R. e Harding, W. M. (1991): Cost-effectiveness analysis of drug abuse treatment: current status and recommendations for future research. In *Background papers on drug abuse financing and services research*, NIDA Research Series N.º 1. Rockville: National Drug on Drug Abuse.

- Argandöna, M. (1995): Las actividades de la organización mundial de la salud en relación a los tratamientos de sustitución. In: Casas, M.; Gutierrez, M. e San, L.: Avances en drogodependencias, 1-12. Barcelona, Citran-Ediciones en neurociencias.
- Arif, A. e Westermeyer, J. (1989): The role of methadone maintenance in the management of opioid dependence and the prevention of AIDS: An international review. Praeger, New York.
- Arif, A. e Westermeyer, J. (1990): Methadone maintenance in the management of opioid dependence. An international review. Praeger Publishers. New York.
- Arif, A. e Westermeyer, J. (1990): Methadone maintenance in the management of opioid dependence. An international review. Praeger Publishers, New York.
- Arif, A. e Westermeyer, L. (1988): Methadone in the management of opioid dependence: programs and policies around the world. WHO. Geneva.
- Arpa, J. C.; Brugé, M. C.; Fraile, M. G. e Molina, L. S. (1995): Sida e drogodependencias. Ediciones en neurociencias. Brugé, M. C.; Fraile, M. G. e Molina, L. S. (1995): Avances en drogodependencias. Ediciones en Neurociencias. Barcelona.
- Avants, S. K.; Margolin, A. e Mckee, S. (2000): A path analysis of cognitive, affective and behavioral predictors of treatment response in a methadone maintenance program. J. Substance Abuse, 11: 215-30.
- Avants, S.; Margolin, A. e Mckee, S. (2000): A path. analysis of cognitive, affective and behavioral predictors of treatment response in a methadone maintenance program. Journal of Subst. Abuse, Vol. 11, N.º 3: 215-30.
- B. J., Mason, Kocsis, J. H., Melia, D; Khuri, E. T.; Sweeney, J.; Wells, A.; Borg, L.; Millman, R. B. e Kreek, M. J. (1998): Psychiatric comorbidity in methadone maintained patients. J. Addicts. Dis. 17(3): 75-89.
- Ball, J. C. e Ross, A. (1991): The effectiveness of methadone maintenance treatment. New York: Springer-Verlag.
- Ball, J. C. e Ross, A. (1991): The Effectiveness of Methadone treatment: patients, programs, services and outcome. New York. Springer-Verlag.
- Ball, J. C.; Lange, W. R.; Myers, C. P. e Friedman, S. R. (1988): The effectiveness of methadone maintenance treatment in reducing iv. drug use and needle sharing among heroin addicts at risk for AIDS. Abstract N° 8503, IV International Conference on AIDS, Stockholm.
- Ball, S. A. e Cecero, J. J. (2001): Addicted patients with personality disorders: traits, schemas and presenting problems. J. Personal Disord., 15(1): 72-83.
- Barnet, P. G. (1994): The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. Addiction, 94: 479-88.

- Barnet, P. G.; Rodgers, J. H. e Block, D. A. (2001): A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction*, 96(5): 683-90.
- Barnett, P. G. (1999): The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. *Addiction Biology*, 94: 479-88.
- Belding, M. A.; Iguchi, My. e Lamb, R. J. (1997): Stages and processes of change as predictors of drug use among methadone maintenance patients. *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, 5: 65-73.
- Bell, J. (2000): Quality improvement for methadone maintenance treatment. *Subst. Use Misuse*, 35 (12-14): 1735-56.
- Bell, J. e Zador, D. (2000): A risk-benefit analysis of methadone maintenance treatment. *Drug Saf.*, 22(3): 179-90.
- Bell, J.; Mattick, R.; Hay, A.; Chan, J. e Hall, W. (1997): Methadone maintenance and drug-related crime. *Journal of Subst. Abuse*, Vol. 9: 15-25.
- Beneit, J. V.; Garcia, C. E Mayor, L. I. (1997): Intervención en drogodependencias – un enfoque multidisciplinar. Editorial Síntesis.
- Ben-Yehuda, N. (1981): Success and failure in rehabilitation: the case of methadone. *American Journal of Psychology*, Vol.9(1): 83-107.
- Bickel, W. K.; Stitzer, M. L.; Bigelow, G. E.; Liebson, L. A.; Jasinski, D. R. e Johnson, R. E. (1988 b): Buprenorphine: Dose-related blockade of opioid challenge effects in opioid dependent humans. *J. Pharmacol Exp. Ther.*, 247: 47-53.
- Billings, R. E.; Booker, R.; Smits, S.; Pehland, A. e McMahon, R. E. (1973): Metabolism of acetyl methadol. A sensitive assay for nor acetyl methadol and the identification of a new active metabolite. *J. Med. Chem.*, 16: 305-306.
- Blaisé, M.; Hautefennille, M. e Valleur, M. (2001): Bupremorphine haut dosage: intérêts et limites à partir de l'expérience du Centre Médical Marmottan. *Toxicodépendências*, Vol.7, N.º 3: 29-40.
- Blix, O. e Gronbladh, L. (1988): AIDS and IV heroin addicts: The preventive effect of methadone maintenance in Sweden. Fourth International Conference on AIDS. Stockholm, Sweden, Abstract N.º 8548.
- Bornemann R, Thau 1, Kiihlkamp V, Bschor F. e May B: Prevention of HIV-Infection in IVDU by methadone-substitution treatment: results of a prospective study. IX. Int. Conference on AIDS Berlin 4-10.6. 1993.
- Brancolini, F. L. e Montoro, F. (2002): Manual de drogodependências. Libreria Universitária. S. I. Edições Aribau.
- Broers, B.; Giner, F.; Dumont, P. e Mino, A. (2000): Impatient opiate detoxification in Geneva: follow-up at 1 and 6 months. *Drug Alc. Depend.*, 58: 85-92.

- Broome, K. M.; Flynn, P. M. e Simpson, D. D. (1999): Psychiatric comorbidity measures as predictors of retention in drug abuse treatment programs. *Health Serv. Res.*, 34: 791-806.
- Broome, K. M; Simpson, D. D. e Joe, G. W. (2001): Relapse to opioid and cocaine use following methadone treatment. *Yale University Press.*: 334-354.
- Brooner, R. K.; King, U. L.; Kidorf, M.; Schmit, C. W. e Bigelow, G. E. (1997): Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54(1): 71-80.
- Brown, L. (1993): Responsibles take-home medication practices. En: *State methadone treatment guidelines. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series.* Parrino, M. W. DHHS Publication Rockville.
- Bukstein, O. G.; Brent, D. A. e Kaminer, Y. (1989): Comorbidity of substance abuse and other Psychiatric disorders in adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 146: 1131-1141.
- C. I. D.-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (1993). Organiz. Mund. de Saúde. Tradução de Dorgival Caetano da obra originalmente publicada (1992) pela Organiz.. Mund. de Saúde sob o título: *The I. C. D.-10 - Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.*
- Cacciola, J. S.; Alterman, A. I.; Rutherford, M. J.; McKay, J. R e Mulvaney, F. D. (2001): The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug and Alc. Dependence*, 61: 271-80.
- Cacciola, J. S.; Altherman, A. I.; Rutherford, M. J.; McKay, J. R. e McLellan, A. T. (1998): The early course of change in methadone maintenance. *Addiction*, 93: 41-9.
- Cacciola, J. S.; Altherman, A. I.; Rutherford, M. J.; McKay, J. R. e Mulvaney, F. D. (2001): The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintenance patients. *Drug Alc. Dependence*, 61(3): 271-80.
- Cacciola, J. S.; Rutherford, M. J.; Alterman, A. I.; McKay, J. R. e Snider, E. C. (1996): Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *The J. of Nerv. and Mental Dis.*; Vol. 184, N.º 4: 234-239.
- Cacciola, J. S.; Rutherford, M. J.; Altherman, A. I.; McKay, J. R. e Mulvaney, F. D. (1998): Long-term test-retest reliability of personality disorder diagnoses in opiate dependent patient. *J. Personal Disord.*, 12(4): 332-7.
- Cacciola, J. S.; Rutherford, M. J.; Alterman, A. I.; McKay, J. R. e Snider, E. C. (1996): Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 184(4): 234-9.
- Calsyn, D. A.; Wells, E. A.; Fleming, C. e Saxon, A. J. (2000): Changes in millon clinic multiaxial inventory scores among opiate addicts as a function of retention in methadone maintenance treatment and recent drug use. *Am. J. Drug Alc. Abuse*, 26: 297-309.

- Camacho, L. M., Bartholomew, N. G.; Joe, G. W.; Cloud, M. A. e Simpson, D. D. (1996): Gender, cocaine and during-treatment hiv risk reduction among injection opioid users in methadone maintenance. *Drug Alc. Depend.* 41: 1-7.
- Camacho, L. M.; Bartholomew, N. G.; Joe, G. W. e Simpson, D. D. (1997): Maintenance of hiv risk reduction among injection opioid users: a 12 month post-treatment follow-up. *Drug Alc. Depend.* 47: 11-8.
- Caplehorn, J. M.; Bell, J.; Kleinbaum, D. G. e Gebsky, V. J. (1993): Methadone dose and heroin use during maintenance treatment. *Addiction*, 88: 119-24.
- Caplehorn, J. R. M. e Bell, J. (1991): Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment. *Med. J. Aust.*, 154: 195-199.
- Caplehorn, J. R. M. e Bell, J. (1991): Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment. *International Journal of Australia*, 154: 195-199.
- Caplehorn, J. R. M.; Dalton, M. S.; Haldar, F.; Petrenas, A. M. e Nisbet, J. (1996): Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Substance Use and Misuse*, 31(2): 177-196.
- Caplehorn, J. R. M.; McNeil, D. R. e Kleinbaum, D. G. (1993): Clinic policy and retention in methadone maintenance. *International Journal of the Addictions*, 28: 73-89.
- Caplehorn, J. R.; Dalton, M. S.; Haldar, F.; Petrenas, A. M. e Nisbet, J. G. (1996): Methadone maintenance and addict's risk of fatal heroin overdose. *Subst. Use and Misuse*, 31: 377-96.
- Caplehorn, J. R.; McNeil, D. R. e Kleinbaum, D. G. (1993): Clinic policy and retention in methadone maintenance. *The Int. J. Add.*, 28 (1): 73-89.
- Casas, M. e Salazar, I. (1993): Reflexiones sobre la utilidad y limitaciones de los modelos de prevención de recaídas a partir de la experiencia obtenida en los tratamientos de desintoxicación. En: *Recaída y prevención de recaídas*. Casas, M. e Gossop M.. Ediciones en neurociencias, Barcelona.
- Casas, M.: La hipótesis de la automedicación y su posible repercusión sobre la legalización de las drogas. En (1992): *Trastornos psíquicos en toxicomanías*. Casas, M.. Ediciones en neurociencias, Barcelona.
- Casas, M.; Perez De Los Cobos, J.; Salazar, L. e Tejero, A. (1992): Las conductas de automedicación en drogodependencias. En: *Trastornos psíquicos en toxicomanías*. Casas, M.. Ediciones en neurociencias, Barcelona.
- Castellani, S. Petrie, W. M. e Ellinwood, E. (1985): Drug induced psychosis: neurobiological mechanisms, in substance abuse and psychology. Edited by Alterman A. I. New York, Alenum.
- Cervera, G.; Valderrama, J. C.; Bolinches, F. e Martinez, J. (1995): Psicopatología y prácticas de riesgo en relación a la infección por vih en toxicómanos. In: Arpa, J. C.;

Brugué, M. C.; Fraile, M. G. e Molina, L. S.: Sida y drogodependencias, 125-154. Barcelona, Citran-Ediciones en neurociencias.

Chaney, E. F.; Roszell, D. K. e Cummings, C. (1982): Relapse in opiate addicts: A behavioral analysis. *Addictive behaviors*, Vol.7(3): 291-297.

Charlier, C.; Dessalles, M. C. e Plomteux, G. (2001): Methadone maintenance treatment: is it possible to adapt the daily doses to the metabolic activity of the patient? (2001): *Ther drug Monit.*, 23(1): 1-3.

Chatham, L. R.; Hiller, M. L.; Rowan-Szal, G. A.; Joe, G. W. e Simpson, D. D. (1999): Gender differences at admission and follow-up in a sample of methadone maintenance clients. *Substance Use and Misuse*, 34: 1137-65.

Chatham, L. R.; Rowan-Szal, G. A.; Joe, G. W. e Simpson, D. D. (1996): Heavy drinking, alcohol dependent vs nondependent methadone maintenance clients: a follow-up study. *Addict. Behav.* 22: 69-80.

Chen, K. K. (1948): Pharmacology of methadone and related compounds. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 51-83-97.

Clark, N.; Lintzeris, N.; Gijsbers, A.; Whelan, G.; Dunlop, A.; Ritter, A. e Ling, W. (2002): Laam maintenance vs methadone maintenance for heroin dependence. *Evid. Based Ment. Health*, 5(4): 107.

Clemmey, P.; Brooner, R.; Chutuape, M. A.; Kidorf, M. e Stitzer, M. (1997): Smoking habits and attitudes in a methadone maintenance treatment population. *Drug Alc. Dependence*, 44(2-3): 123-32.

Colom, J.; Duro, P. e Casas, M. (1995): Los programas de mantenimiento con metadona en la política de desminución de daños asociados al consumo de opiáceos. In: Arpa, J. C.; Brugué, M. C.; Fraile, M. G. e Molina, L. S.: Sida y drogodependencias, 271-286. Barcelona, Citran-Ediciones en neurociencias.

Condelli, W. S. (1993): Strategies for increasing retention in methadone programs. *J. of Psys. Drugs*. Vol. 25(2): 143-147.

Costa, A. (1999): Duração prévia do consumo de heroína e evolução em programa de substituição com metadona. *Toxicodependências*. Vol.5, Nº3.

Costa, N. F. e Col. (1997): Tratamento da toxicodependência. Estudo sagital de 1996. *Revista Toxicodependências*. Ano 3, Nº 3.

Costa, N. F. e Freire, S. (1998): Evolução do atendimento em Portugal de 1991 a 1996. *Revista Toxicodependências*. Lisboa, Vol. 4, Nº 2.

Courtwright, D. T. (1997): The prepared mind: Marie Nyswander, methadone maintenance, and the metabolic theory of addiction. *Addiction*, 92: 257-65.

D.S.M.-IV-R (2002): Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Tradução (Almeida, J. N.) da edição revista da Associação Psiquiátrica Americana (2000). Edição Climepsi.

D'Aunno, T. e Pollack, H. A. (2002): Changes in methadone treatment practices. *J. Am. Med. Assoc.* Vol. 288. N.º 7.

D'Aunno, T. e Pollack, H. A. (2002): Changes in methadone treatment practices: results from a national panel study, 1988-2000. *The journal of the American Medical Association*, 21(7); 288(7): 850-6.

D'aunno, T. e Vaughn, T. E. (1992): Variations in methadone treatment practices: result from a national study. *The Jour. of the Am. Med. Association*, Vol. 267, N.º 2, 253-8.

D'Aunno, T.; Murphy, N. F. e Lin, X. (1999): Changes in methadone treatment practices: results from a national panel study, 1988-1995. *Am. J. Drug Alc. Abuse*, 25(4): 681-99.

Dani, J. A. e Heinemann, S. (1996): Molecular and cellular aspects of Nicotine abuse; minireview. *Neuron*, 16: 905-908.

Darke, S.; Kaye, S. e Finlay-Jones, R. (1998): Antisocial personality disorder, psychopathy and injecting heroin use. *Drug and Alc. Dependence*, 52: 63-9.

Darke, S.; Swift, W.; Hall, W. e Ross, M. (1994): Predictions of injecting and injecting risk-taking behaviour among methadone maintenance clients. *Addiction*, 89: 311-6.

Darke, S.; Swift, W.; Hall, W. e Ross, M. (1994): Preditors of injecting risk-taking behaviour among menthadone maintenance clients. *Addiction*, 89: 311-16.

De Maria, P. A.; Sterling, R. e Weinstein, S. P. (2000): The effect of stimulant and sedative use on treatment outcome of patients admitted to methadone maintenance treatment. *Am. J. Addict*, 9(2): 145-53.

Del Rio, M.; Mino, A e Perneger, T. V. (1997): Preditors of patient retention in a newly established methadone maintenance treatment program. *Addiction*, 92: 1353-60.

Del Rio, M.; Mino, A. e Pergener, T. U. (1997): Preditors of patient retention in a newly established methadone maintenance treatment program. *Addiction*, 92: 1353-60.

Des Jarlais, D. C. e Friedman, S. R (1988 c): HIV and intravenous drug use. *AIDS*, 2 (Suppl 1): S65-S69.

Des Jarlais, D. C. e Friedman, S. R. (1989): AIDS and IV drug use. *Science*, 245: 578.

Des Jarlais, D. C. e Friedman, S.R. (1988 b): HIV and intravenous drug use. *AIDS*, 2: 65-69.

Des Jarlais, D. C; Friedman, S. R. e Stoneburner, R. L. (1988 d): HIV infection and intravenous drug use: critical issues in transmission dynamics, infection outcomes and prevention. *Rev. Infect. Dis.*, 10: 151-158.

Des Jarlais; Joseph, H.; Dole, V. P. e Schmeidler, J. (1982): Prediting post-treatment narcotic use among patients terminating from methadone maintenance. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, Vol. 2(1): 57-68.



Desmond, D. P. e Maddux, J. F. (1996): Compulsory supervision and methadone maintenance. *J. Subst. Abuse Treat.*, 13: 79-83.

Dole, V. P. (1988): Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addictions. *The J. of the Am. Med. Association*, Vol. 260, N.º 20, 3025-3029.

Dole, V. P. e Joseph, H. (1978): Long term outcome of patients treated with methadone maintenance. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 311, 181-189.

Dole, V. P. e Nyswander, M. (1965): A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *J. Am. Med. Assoc.*, 193: 80-84.

Dole, V. P. e Nyswander, M. (1976): Methadone maintenance treatment: A ten-year perspective. *J. Am. Med. Assoc.*, 235: 2117-2119.

Dole, V. P. e Nyswander, M. E. (1967): Heroin addiction: A metabolic disease. *Archives of Internal Medicine*, 120: 19-24.

Dole, V. P. e Nyswander, M. E. (1976): Methadone maintenance: a ten year perspective. *Journal of the American Medical Association*, 235(19), 2117-2119.

Dole, V. P. e Nyswander, M. E. (1981): A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadone hydrochloride. En: *Methadone: Experiences and issues*. Chambers C.

D., Brill L. (Eds), pp 53-65. Behavioral Publications. New York, 1973.

Dole, V. P., Nyswander, M. E. e Warner, A. (1968): Successful treatment of 750 criminal addicts. *J. Am. Med. Assoc.*; 206: 2708-11.

Dole, V. P.: La conducta adictiva. *Investigacion y Ciencia*, 53: 68-75.

Dole, V. P.; Nyswander, M. E. e Kreek, M. J. (1966): Narcotic Blockade. *Archives of Internal Medicine*, 118, 304-309.

Dorus, W. e Senay, E. C. (1980): Depression, demographic dimensions, and drug abuse. *Am. J. Psychiatry*, 137: 699-704.

Drion, B ; Durieux, J. M.; Godeaux, O.; Vanbellinghen e Dewacle P. (1995): Pathologies somatiques liees a la toxicomanie. OFSP (BAG), MedSciCom asbl, Bern e La Hulpe (Belgiques).

Duro, P.; Casas, M. e Colom, J. (1994): Los programas de mantenimiento con metadona en la politica de disminucion de danos. XXI Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Bilbao.

Duro, P.; Casas, M. e Colom, J. (1994): Los programas de mantenimiento con metadona en la politica de disminuci3n de danos. Actas de las XXI Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Bilbao.

Duro, P.; Colom, J. e Casas, M. (1995): Directrices actuales del tratamiento de mantenimiento con metadona. In: Casas, M.; Gutierrez, M. e San, L.: Avances en drogadicencias, 29-43. Barcelona, Citran-Ediciones en neurociencias.

Eap, C. B.; Bourquin, M.; Martins, J. ; Spagnoli, J. ; Livoti, S. ; Powel, K. ; Baumann, P. e Deglon, J. (2000) : Plasma concentrations of the enantiomers of the methadone and therapeutic response in methadone maintenance treatment. *Drug. Alc. Depend.* 61(1) 47-54.

Eiber, R.; Puel, M. e Schmit, L. (1999): Heroin abuse, autobiographical memory and depression. *Encephale*: 25(6): 549-57.

Eiber, R.; Puel, M. e Schmit, L. (1999): Heroin abuse, autobiographical memory and depression. *Encephale*, 25(6): 549-57.

EL-Bassel, N.; Schiling, R. F; Turnbull, J. E. e Suk: Correlates of alcohol use among methadone patients. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 17: 681-6.

Fabião, C. (2002): Toxicodependência: duplo diagnóstico, alexitimia e comportamento. Uma revisão. *Toxicodependências*. Vol.8, N.º2: 37-49.

Farley, T. A.; Cartter, M. L.; Wassel, J. T. e Hadler, J. L. (1994): Predictors of outcome in methadone programs: effect of hiv counseling and testing. *Conn. Med.*, 58: 165-71.

Farré, M.; Mas, A. I.; Torrens, M.; Moreno, U. e Cami, J. (2002): Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: a meta analysis. *Drug Alc. Dependence*, 65: 283-90.

Farrel, M.; Howes, S.; Verster, A. D. e Davoli, M. (1999): Reviewing Current Practice in drug Substitution Treatment in Europe. EMCDDA, project N.º C. T. 98 D. R. 10.

Farrel, M.; Ward, J.; Mattick, R.; Hall, W.; Stimson, G.; Des Jarlais.; Gossop, M. e Strang, J. (1994): Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *British Medical Journal*, 309, 997-1001.

Farrell, M.; Ward, J.; Mattick, R.; Hall W.; Stimson, G.; Des Jarlais.; Gossop, M. e Strang J. (1994): Methadone Maintenance Treatment in Opiate Dependence: a review. *British Medical Journal*, 309, 997-1001.

Farrell, M.; Ward, J.; Mattick; R.; Stimson, G.; Des Jarlais, D. e Gossop, M. (1994): Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *B. M. J.*, 309: 997-1001.

Fernandes, L. e Pinto, M. S. (2002): Do que se tem ao que não há: Práticas de investigação e comunidade científica das drogas em Portugal. *Toxicodependências*, Vol. 8, N.º 3: 3-9.

Fischer, B. Gliksman, L. Rehm, J.; Daniel, N. e Medved, W. (1999): Comparing opiate users in methadone treatment with untreated opiate users: results of a follow-up study with a Toronto opiate user cohort. *Can. J. Public Health*, 90(5): 299-303.

- Fischer, G. Gombas, W.; Eder, H.; Jagsch, R.; Peterzell, A.; Styhuhlinger, G.; Pezawas, L.; Aschaver, H. N e Kasper, S. (1999): Buprenorfine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence. *Addiction*, 94 (9): 1337-47.
- Foster, D. J.; Somogyi, A. A.; Dyer, K. R.; White, J. M. e Bochner, F. (2000): Steady-state pharmacokinetics of(r)-and(s)-methadone in methadone maintenance patients. *Br. J. Clin. Pharmacol.*: 50(5): 427-40.
- Gainey, R. R.; Catalano, R. F.; Haggerty, K. P. e Hoppe, M. J. (1995): Participation in a parent training program for methadone clients. *Addict Behav*, 20: 117-25.
- Gelkopf, M.; Levitt, S. e Bleich (2002): An integration of three approaches to addiction and methadone maintenance treatment: the self-medication hypothesis, the disease model and social criticism. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, Vol. 39, N.º 2 - 140 – 151.
- Geraghty, B.; Graham, E. A.; Logan, B. e Weiss, E. L. (1997): Methadone levels in breast milk. *J. Hum. Lact.*, 13: 227-30.
- Glanz, M.; Klawansky, S.; McAullife, W. e Chalmers, T. (1997): Methadone vs. L-alpha-acetylmethadol (LAAM) in the treatment of opiate addiction. A Meta-Analysis of the randomized controlled trials. *Am. J. Addict.*, 6: 339-49.
- Gmür, M. (1989): Results of empirical studies of methadone treatment. *Schweiz med. Wochenschr.* 119: 1560-70.
- Goldstein, M. F.; Deren, S.; Beardsley, M. e Richman, B. L. (2001): An alternative program for methadone maintenance dropouts: description and preliminar data. *Mt. Sinai J. Med.*, 68: 33-40.
- Gollnisch, G. (1997): Multiple predictors of illicit drug use in methadone maintenance clients. *Addict. Behav.* 22(3): 353-66.
- Gordon, D. W. (1974): Introversion-extroversion as a prognostic indicator in methadone treatment. *Dissertation-abstracts international*. Vol. 34 (11-B): 5677.
- Gossop, M. e Grant, M. (1990): The content and structure of methadone treatment programmes: a study in six countries. WHO/PSA. Geneva.
- Gossop, M.; Green, L., Phillips, G. e Bradley, B. P. (1989): Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment: a prospective follow-up study. *Brit. J. Of Psychiatry*, Vol. 154: 348-53.
- Gossop, M.; Marsden, J.; Stewart, D. e Rolfe, A. (2000): Patterns of improvement after methadone treatment: 1 year follow-up results from the national treatment outcome research study. *Drug Alc. Dependence*, 60: 275-86.
- Gossop, M.; Marsden, J.; Stewart, D. e Rolfe, A.: Patterns of drinking and drinking outcomes among drug misusers. 1 year follow-up results. *J. Subs. Abuse Treat.*, 19: 45-50.

- Gossop, M.; Marsden, J.; Stewart, D. e Treacy, S. (2001): Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatment: two-year follow-up results from the national treatment outcome research study. *Drug and Alc. Dependence*, 62(3): 255-64.
- Gossop, M.; Marsden, J.; Stewart, D.; Lehmann, P. e J. Strang (1999): Methadone treatment practices and outcomes for opiate addicts treated in drug clinics and in general practice: results from the national treatment outcome research study. *Br. J. Gen. Pract.*: 49: 31-4.
- Greenstein, R. A.; Resnick, R. B. e Resnick, E. (1984): Methadone and naltrexone in the treatment of heroin dependence. *Psychiatr Clin. North Am.*, 7: 671-679.
- Grella, C. E.; Anglin, M. D. e Wugalter, S. E. (1997): Patterns and predictors of cocaine and crack use by clients in standard and enhanced methadone maintenance treatment. *Am. J. Drug Alc. Abuse*. 23: 15-42.
- Grella, C. E.; Anglin, M. D. e Wugalter, S. E. (1997): Patterns and predictors of cocaine and crack use by clients in standard and enhanced methadone maintenance treatment. *Am. J. Drug Alc. Abuse*, 23: 15-42.
- Griffith, J. D.; Rowan-Szal, G. A.; Roark, R. R. e Simpson, D. D. (2000): Contingency management in outpatient methadone treatment: A meta-analysis. *Drug and dependence*, 58 (1-2): 55-66.
- Griffith, J. D.; Rowan-Szal, G. A.; Roark, R. R. e Simpson, D. D. (2000): Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug Alc.: Dependence*, 58(1-2): 55-66.
- Guerin, P.; Morrison, S.; Denman, K.; McNamara, L. e Gover, A. (1999): Albuquerque target cities: preliminary findings. *J. Psychoactive Drugs*, 31: 255-63.
- Hahn, R. A.; Onorato, I. M.; Jones, T. S. e Dougherty, J. (1989): Prevalence of HIV infection among intravenous drug users in the United States. *J. Am. Med. Assoc.* 261: 2677-2684.
- Hall, S. M. (1983): Methadone treatment: a review of the research findings. En: Cooper, J. R.; Altman, F.; Brown, B. S. and Czechovicz, D., eds. *Research on the treatment of narcotic addiction: state of the art*. N. I. D. A..
- Hargreaves, W. A. (1983): Methadone dose and duration for maintenance treatment. Health Council of the Netherlands (1995): Committee on Pharmacological Interventions in Heroin Addicts. *The Prescription of Heroin to Heroin addicts*. The Hague: Health Council of the Netherlands.
- Herd, D. (1993): Correlates of heavy drinking and alcohol related problems among men and women in drug treatment programs. *Drug Alc. Depend.*, 32: 25-35.
- Hillebrand, J.; Marsden, J.; Finch, e. Strang, J. (2001): Excessive alcohol consumption and drinking expectations among clients in methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21: 155-60.

- Hoffman, J. A. e Moolchan, E. T. (1994): The phases of treatment model for methadone maintenance: implementation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(2): 181-197.
- Hubbard, R. L; Marsden, M. E.; Cavanaugh, E.; Rachal, J. V. e Ginzburg, H. M. (1988): Role of drug-abuse treatment in limiting the spread of AIDS. *Review of Infectious Disease*, 10 (2): 377-384.
- Iglesias, E .B.; López, A. R. e Bernard, I. S. (1996): *Drogodependencias. III. Drogas ilegales. Magister en drogodependencias. Universidade de Santiago de Compostela.*
- Iglesias, E. B. (1999): *drogodependencias. V. Avances. Santiago de Compostela: Universidade Servicio de Publicações e Intercambio Científico.*
- Iglesias, E. B.; López, A. R. e Bernard, I. S. (1994): *Drogodependencias. I. Introduccion. Magister em drogodependências. Universidade de Santiago de Compostela. In: Research on the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art. NIDA Research Monograph. Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office.*
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (I.D.T.) (2002): *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências. Informação estatística. Vol. I.*
- Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (I.P.D.T.) (2001): *Droga. Sumários de informação estatística. 2000.*
- Inturrisi, C. E. e Verebery, K. (1972): The levels of methadone in the plasma in methadone maintenance. *Clin Pharmacol Ther*, 13: 633-637.
- Irvin, A.; Aizpurua, I; Ruiz de Apodaka, J.; Zapirain, E. e Aizpuru, A. (2001): Review of scientific evidence on alternatives to methadone in the psychopharmacologic treatment of opiate dependence. *Rev. Esp. Salud Publica*: 75(3): 207-19.
- Jeffward, R. P. e Mattick, W. H. (1994): The effectiveness of methadone maintenance treatment. An overview. *Drug and Alcohol Review*; 13: 327-36.
- Joe, G. W.; Simpson, D. D. e Hubbard, R. L. (1991): Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. *J. Subst. Abuse*, 3: 73-84.
- Joe, G. W.; Simpson, D. D. e Sells, S. B. (1994): Treatment process and relapse to opioid use during methadone maintenance. *Am. J. Drug Alc. Abuse*, Vol.20(2): 173-97.
- Joe, G. W.; Simpson, D. D.; Greener, J. M. e Rowan-Szal. G. A. (1999): Integrative modeling of client engagement and outcomes during the first 6 months of methadone treatment. *Addict Behav.* 24(5): 649-59.
- Joe, G. W.; Simpson., D. D. e Sells, S. B. (1994): Treatment process and relapse to opioid use during methadone maintenance. *Am. J. Drug Alc. Abuse*. 20: 173-97.
- Johnson, R .E.; Strain, E. C. e Amass, L. (2003): Buprenorphine: how to use it right. *Drug and alcohol dependence*, 70: 59-77.

Joseph, H. (1994): Methadone maintenance treatment and clinical issues. In *Methadone treatment works: A compendium for methadone maintenance treatment*. CDRWG Monograph Dec., 2: 22-36.

Joseph, H. e Appel, P. (1985): Alcoholism and methadone treatment: Consequences for the patient and the program. *American Journal for Drug and Alcohol Abuse*, 1: 37-54.

Joseph, H.; Stancliff, S. e Langrod, J. (2000): Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues. *The Mt. Sinai J. Med.*, 67(5-6): 347-64.

Judd, L. L.; Marston, M. G.; Attkinson, C. e Berrettini, W. (1998): Effective medical treatment of opiate addiction. *The Journal of the American Medical Association*, 280 (22): 1936-1943.

Judson, B. A. e Goldstein, A. (1979): Levo-alpha-acetylmethadol (LAAM) in the treatment of heroin addicts. I. Dosage schedule for induction and stabilization. *Drug Alcohol Depend*, 4: 461-466.

Judson, B. A. e Goldstein, A. (1982): Prediction of long-term outcome for heroin addicts admitted to a behavioral outcome for methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 10(4): 383-391.

Kosten, T. R. ; Rounsaville, B. J e Kleber, H. D. (1987): Predictors of 2.5 year outcome in opioid addicts: pretreatment source of income. *Am. J. Drug Alc. Abuse*, 13: 19-32.

Kosten, T. R.; Rounsaville, B. J. e Kleber, H. D. (1987): A 2,5 year follow-up of cocaine use among treated opioid addicts. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44: 281-284.

Kosten, T. R.; Rounsaville, B. J e Kleber, H. D. (1984): Relationship of depression to clonidine detoxification of opiate addicts. *Comprehensive Psychiatric*, Vol. 25(5): 503-508.

Kraft, M. K.; Rothbard, A. B.; Hadley, T. R.; McLellan, A. T. e Asch, D. A. (1997): Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective? *Am. J. Psychiatry*, 154: 1214-9.

Krausz, M.; Verthein, U. e Degkvitz, P. (1998): Prevalence of psychiatric disorders in opiate dependent patients in contact with the drug treatment system. *Nervenarzt*, 69: 557-67.

Krausz, M.; Verthein, U.; Degkwitz, P.; Haasen, C. e Raschke, P. (1998): Maintenance treatment of opiate addicts in Germany with medications containing codeine – results of a follow-up study. *Addiction*, 93: 1191-7.

Krausz, M.; Verthein, U.; Degkwitz, P.; Haasen, C. e Raschke, P. (1998): Maintenance treatment of opiate addicts in Germany with medications codeine – results of a follow-up study. *Addiction*, 93: 1161-7.

Kreek, M. J. (1992): Rationale for maintenance pharmacotherapy of opiate dependence. En: *Addictive States*. Raven Press, Ltd. New York.

- Kreek, M. J. (1996): Opioid receptors - some perspectives from early studies of their role in normal physiology, stress responsivity and in specific addictive diseases. *Neurochem. Res.* 21:1469- 88.
- Kreek, M. J. (1997): Clinical update of opioid agonist and partial agonist medications for the maintenance treatment of opioid' addiction. *SeminarNeuroscience*, 9: 140-157.
- Kreek, M. J. (1997): Opiate and cocaine addictions: challenge for pharmacotherapies. *Pharmacol Biochem Behav.*; 57: 551-69.
- Kreek, M. J. (2000): Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. *Ann N. Y. Acad. Sci.*, 909: 186-216.
- Kreek, M. J. (2000): Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 909: 186-216.
- Kreek, M. J.; Gutjahr, C. L.; Garfield, J. W.; Bowen, D. V. e Field, F. H.: Drug interactions with methadone. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 281: 35-371.
- Ladewig, D.; Dursteler, M.; Seifritz, E. e Stohler, R. (2002): New aspects in the treatment of heroin dependence with special reference to neurobiological aspects. *Eur. Psychiatry*, 17(3): 163-6.
- Ladewig, D.; Dursteler-Macfarland, K. M.; Seifritz, E.; Hock, C. e Stohler, R. (2002): New aspects in the treatment of heroin dependence with special reference to neurobiological aspects. *Eur. Psychiatry*, 17(3): 163-6.
- Lamb, R.J.; Kirby, K.C. e Platt, J.J. (1966): Treatment retention, occupational role and cocaine use in methadone maintenance. *American Journal on Addictions*, Vol. 5(1): 12-17.
- Lange, W. R.; Fudala, P. J.; Dax, E. M. e Johnson, R. E. (1990): Safety and side-effects of buprenorphine in the clinical management of heroin addiction. *Drug Alcohol Depend*, 26: 19-28.
- Langendam, M. W.; Van Brussel, G. H.; Coutinho, R. A. e Van Ameijden, E. J. (2000): Methadone maintenance and cessation of injecting drug use: results from the Amsterdam Cohort Study. *Addiction* 95: 591-600.
- Lawford, B. R.; Young, R.M.; Noble, E. P.; Sargent, J.; Rowell, J.; Shadfortg, S.; S. Zhang e Ritchie, T. (2000): The d(2) dopamine receptor a(1) allele and opioid dependence: association white the heroin use and response to methadone treatment. *Am. J. Med. Genet.*; 96: 592-8.
- Lehmann, F.; Lauzon, P. e Amsel, R. (1993): Methadone maintenance: predators of outcome in a canadian milieu. *J. Subst. Abuse Treat.*, 10: 85-9.

- Ling, W.; Wesson, D. R.; Charvuvastara C.; Klett, J. (1996): A controlled trial comparing buprenorphin - and methadone maintenance in opioid dependence. *Arch Gen Psychiat*, 53: 401- 407.
- Lollis, C. M.; Strothers, H. S.; Chitwood, D. D. e McGhee, M. (2000): Sex, drugs and hiv: does methadone maintenance reduce drug use and risk sexual behavior? *J. Behav. Med.*, 23: 545-57.
- Longshore, D.; Hbieh, S.; Danila, B. e Anglin, M. (1993): Methadone maintenance and needle/syring sharing. *Int. J. Addict.*, 28: 983-96.
- Lowenstein, W.; Gourarier, L.; Coppel, A.; Lebeau, B. e Hefez, S. (1998): A metadona e os tratamentos de substituição. Edição Climepsi.
- Lowinson, J.; Marion, I.; Joseph, H. e Dole, V. (1997): Methadone maintenance substance abuse. Third edition (405-415) U.S.A. William and Wilkin.
- Macedo, T. (2000): Contributo das Neurociências para a compreensão da toxicodependência. *Toxicodependências*, Vol.6, N.º3: 3-16.
- Magura, S. e Rosenblum, A. (2001): Leaving methadone treatment: lessons learned, lessons forgotten, lessons ignored. *Mt Sinai J. Med.* 68(1): 62-74.
- Magura, S.; Kang, S.; Nwakeze, P. e Demsky, S. (1998): Temporal patterns of heroin and cocaine use among methadone patients. *Substance Use and Misuse*, 33 (12): 2441-2467.
- Magura, S.; Nwakeze, P. C. e Demsky, S. Y. (1998): Pre and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. *Addiction*, 93; 51-60.
- Magura, S.; Siddiqi, Q.; Freeman, R. C. e Lipton, D. S. (1991): Changes in cocaine use after entry to methadone treatment. *J. Addict Dis.*, 10: 31-45.
- Manita, C. (2002): Avaliação psicológica no domínio das toxicodependências: das estruturas aos processos. *Toxicodependências*, Vol. 8, N.º 2, 11-25.
- Manita, C. (2002): Avaliação psicológica no domínio das toxicodependências: das estruturas aos processos. *Toxicodependências*. Vol.8, N.º3: 11-25.
- Mansour, A.; Fox, C. A.; Akil, H. e Watson, S. J. (1995): Opioid-receptor mRNA expression in the rat CNS: anatomical and functional implications. *Trends Neurosci*, 18: 22-29.
- Mansour, A.; Kliachaturian, H.; Lewis, M. E.; Akil, H. e Watson, S. J. (1987): Autoradiographic differentiation of mu, delta, and kappa opioid receptors in the rat forebrain and midbrain. *J. Neurosci*, 7(8): 2445-64.
- Maremmanni, I. e Shinderman, M. (1999): Alcohol, benzodiazepines and other drugs use in heroin addicts treated with methadone. Polyabuse or undermedication? *Heroin Addiction e Related Clinical Problems*, 1(2): 7-13.



- Maremmani, I.; Nardini, R.; Zolesi, O. e Castrogiovanni, P. (1994): Methadone dosages and therapeutic compliance during a methadone maintenance program. *Drug and Alc. Dependence*, Vol. 34(2): 163-66.
- Maremmani, I.; Zolesi, O.; Aglietti, M.; Marini, G. ; Tagliamonte, A. ; Shinderman, M. e Maxwell, S. (2000): Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with axis I psychiatric comorbidity. *J. Addict. Dis.*, 19(2): 29-41.
- Marks J.: Deaths from methadone and heroin, *Lancet* 1994, 343: 976.
- Marques-Teixeira, J. (1998): Factores Biológicos e Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, Vol. 4, N.º 3.
- Mason, B. J.; Kocsis, J. H.; Melia, D.; Khuri, E. T.; Sweeney, J.; Wells, A.; Borg, L.; Millman, R. B. e Kreek, M. J. (1998): Psychiatric comorbidity in methadone maintained patients. *Journal of Addictive Diseases*, Vol, 17 (3).
- Maxwell, S. e Shinderman, M. (1999): Optimizing response to methadone maintenance treatment: use of higher-dose methadone. *J. Psychoactive Drugs*, 31: 95-102.
- McCann, M. A.; Rawson, R. A.; Obert, J. L. e Hasson, A. J. (1994): Treatment of opiate addiction with methadone. A counselor manual. Technical assistance publication series. DHHS Publication Rockville.
- McLellan, A. T.; Arndt, I. O.; Metzger, D. S.; Woody, G. E. e O'Brien, C. H. P. (1993): The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *J. Am. Med. Assoc.* 269: 1953-1959.
- McLellan, T. A.; Arndt, T. O.; Metzger, D. S.; Woody, G. E. e O'Brien, C. P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269 (15): 1953-1959.
- Meana, J. J. (1997): Tratamientos substitutivos en dependencia a opiáceos: metadona, laam, heroína. Instituto Deusto de drogodependencias.
- Mello, N. K. e Mendelson, J. H. (1980): Buprenorphine suppresses heroin use by heroin addicts. *Science*, 207: 657-659.
- Merrill, J. O. (2002): Policy progress for physician treatment of opiate addiction. *J. Gen. Intern. Med.* 17(5): 361-8.
- Miguel, N. (1998): A realidade em Portugal. *Toxicodependência*, 1: 3-8.
- Milby, J. B.; Sims, M. K.; Kauder, S.; Schumacher, J. E.; Huggins, N.; McLellan, A. T.; Woody, G. e Haas, N. (1996): Psychiatric comorbidity; prevalence in methadone maintenance treatment. *Am. J. Drug Alc. Abuse*, 22: 95-107.
- Mino, A. (1993): Evolution de la politique de soins en matière de toxicomanie: la reduction de risques.

- Mino, A.; Page, D.; Dumont, P. e Broers, B. (1998): Treatment failure and methadone dose in a public methadone maintenance treatment program in Geneva. *Drug Alc. Depend.* 50: 233-9.
- Mino, A.; Page, D.; Dumont, P. e Broers, B. (1998): Treatment failure and methadone dose in a public methadone maintenance treatment programme in Geneva. *Drug Alc. Depend.*, 50: 233-9.
- Montagne, M. (2002): Appreciating the user's perspective: listening to the "methadonians". *Subst. Use Misuse*, 37(4): 495-522.
- Montesinos, J. V. B.; Carrión, C. G. e Silva, L. I. M. (1997): Intervencion en drogodependências. Un enfoque multidisciplinar.
- Moore, J. T.; Judd, L. L.; Zung, W. W. e Alexander, G. R. (1979): Opiate addition and suicidal behaviors. *Am. J. Psychiatry* 136: 1187-9.
- Morcillo, L.; Barcia, D. e Penaluer (1995): Autoconcepto en toxicomanias y en el paciente seropositivo. In: Arpa, J. C.; Brugué, M. C.; Fraile, M. G. e Molina, L. S.: *Sida y drogodependencias*, 225-238. Barcelona, Citran-Ediciones en neurociencias.
- Morel, A. (1998): Cuidados ao toxicodependente. Edição Climepsi.
- Murray, J. (1998): Effectiveness of methadone maintenance for heroin addiction. *Psychological Reports*, 83: 295-302.
- Nadelmann, E. e McNeely, J. (1996): Doing methadone right. *Public Issues*; 123: 83-93.
- Newman, R. G. (1987): Methadone treatment. *New England Journal of Medicine*, 317, 447- 450.
- Novick, D. M. (2000): The impact of hepatitis C virus infection on methadone maintenance treatment. *The Mt. Sinai J. Med.*, 67(5-6): 437-43.
- Novick, D. M. e Joseph, H. (1993): Medical maintenance: the treatment of chronic opiate dependence in general medical practice. *J. Subst. Abuse Treat.*, 8 (4): 233-239.
- Nutt, D. J.: *Addiction* (1996): Brain mechanisms and their treatment implications. *Lancet*, 347: 31-36.
- O'connor, P. G. e Fielling, D. A. (2000): Pharmacologic treatment of heroin – dependent patients. *ANN. Intern. Med.* 133: 40-54.
- O'Brien, C. P.; Woody, G. E. e McLellan, T. (1984): Psychiatric disorders in opióide - dependent patients. *J. Clin. Psychiatry*, 45: 9-13.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (O. E. D. T.) (2003): Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (O.E.D.T.) (2001): Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na união europeia.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (O.E.D.T.) (2000): Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na união europeia.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (O.E.D.T.) (1997): Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na união europeia.

O'Hare, P. A. (1992): Preface. A note on the concept of harm reduction. En: The reduction of drug-related harm. O'Hare P. A., Newcombe, R., Matthews A., Buning E. C., Drucker E. Routledge. London.

Ottomanelli, G. (1999): Methadone patients and alcohol abuse. Journal of Substance Abuse Treatment. Vol. 16(2): 113-122.

Ottomanelli, G. A.; Wilson, P. e Whyte, R. (1978): MMPI evaluation of 5 years methadone treatment status. Journal of consulting and clinical psychology, Vol.46(3): 579-582.

Padre-Santo, D.; Banza, R.; Silva, A. G.; Costa, H. R. e Godinho, J. (1999): Estudo evolutivo do programa de substituição opiácea no C.A.T. de Setúbal. Toxicomanias. Vol.5, N.º 3.

Padre-Santo, D.; Lopes, V.; Martinho, C.; Costa, H. e Godinho, J. (2001): Evolução do programa de substituição opiácea no C.A.T. de Setúbal – terceira avaliação. Toxicodependências, Vol.7, N.º2: 3-7.

Padre-Santo, D.; Soromenho, J.; Costa, H. e Godinho, J. (1998): Programa de substituição opiácea do C.A.T. de Setúbal. Toxicodependências. N.º3: 33-38.

Pani, P. P.; Pirastu, R.; Ricci, A. e Gessa, G. L. (1996) : Prohibition of take-home dosages : negative consequences on methadone maintenance treatment. Drug Alc. Depend. 41: 81-4.

Parke, D. V.; Ioannides, C. e Lewis, D. F. V. (1991): The role of the cytochromes p450 in the detoxification and activation of drugs and other chemicals. Can J. Physiol Pharmacol, 69: 537-549.

Parrino, M. W. (1993): State methadone treatment guidelines. Rockville, Maryland: Department of Health and Human Services.

Parrino, M. W. (1993): State methadone treatment guidelines. U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. Rockville.

Patrício, L. (1997): Face à droga como re(agir)? Projecto vida.

Patrício, L. (1999): Abuso de drogas na Europa; reflexão rumo ao ano 2000. Colectânea de Textos Taipas, Vol. XI, 134-143.

Patrício, L. D. B. (2002): Droga – para que se saiba. Edição Figueirinhas.

- Patrício, L. (1996): Laam-levo alpha acethyl methadol. The experience at Centro das Taipas. *Toxicodependências*, N.º (35-44).
- Payte, J. T. e Khuri, E. (1992). Principles of methadone dose determination. In: Parrino, M. W.. *State Methadone Maintenance Treatment Guidelines*. Rockville, Maryland: U. S. Department of Health and Human Services. Center for Substance Abuse Treatment.
- Payte, J. T. e Khuri, E. T. (1993): Treatment duration and patient retention. En: Parrino, M. W. ed. *State methadone treatment guidelines*. U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. Rockville, 119-124.
- Payte, J. T. e Zweben, J. E. (1991): Methadone maintenance treatment: A primer for physicians. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23(2): 165-176.
- Perneger, T. V.; Giner, F.; del Rio, M. e Mino, A. (1998): Randomised trial of heroin maintenance program for addicts who fail in conventional drug treatments. *B. M. J.*, 317: 13-8.
- Perneger, T. V.; Mino, A.; Giner, F. e Broers, B. (2000): Patterns of opiate use in a heroin maintenance programme. *Psychopharmacology*, 152: 7-13.
- Powel, J.; Dawe, S.; Richards, D.; Gossop, M.; Marks, I. e Gray, J. (1993): Can opiate addicts tell us about their relapse risk? Subjective predictors of clinical prognosis. *Addict behav.*, 18:4; 473-90.
- Prendergast, M.; Podus, D. e Chang, E. (2000): Program factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: an examination using meta-analysis. *Substance use and misuse*, 35(12-14): 1931-65.
- Rezza, G.; Sagliocca, L.; Zaccarelli, M.; Nespoli, M.; Siconolfi, M. e Baldassarre, C. (1996): Incidence rate and risk factors for hiv seroconversion among injecting drug users in an area with low hiv seroprevalence. *Scand. J. Infect. Dis.*, 28: 27-9.
- Rhoades, H. M.; Creson, D.; Elk, R.; Schmitz, J. e Grabowsky, J. (1998): Retention, HIV risk, and illicit drug use during treatment: methadone dose and visit frequency. *Am. J. Public Health*, 88: 34-9.
- Rittmannsberger, H.; Silberbauer, C.; Lehner, R. e Ruschak, M. (2000): Alcohol consumption during methadone maintenance treatment. *Eur. Addict. Res.*, 6(1): 2-7.
- Rittmannsberger, H.; Silberbauer, C. H.; Lehner, R. e Ruschak, M. (2000): Alcohol consumption during methadone maintenance treatment. *Eur. Addict. Research*, 6: 2-7.
- Robertson, K. e Solber, U. (2000): Insights – reviewing current practice in drug substitution treatment in the European Union. Edição EMCDDA (European Monitoring Centre for Drug Addiction).
- Rodrigues, S. C. A. (2002): Qualidade de vida e programa de substituição em terapia de manutenção com metadona. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto.

- Romano, A. M. (2000): Avaliação do auto-conceito em toxicodependentes em programa de substituição pela metadona. Instituto de Miguel Torga. Coimbra.
- Roriguez-Martos Dauer, A. (1994): Reflexiones sobre los programas de mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 6: 353-372.
- Rosa, Armando (1998): Toxicodependência - manter a abstinência... prevenir a recaída. Ediliber gráfica. Coimbra.
- Rosenblum, A.; Foote, J.; Magura, S.; Sturiano, V.; Xv, N. e Stimbel, B. : (1996). Follow-up of inpatient cocaine withdrawal for cocaine using patients. *J. Subst. Abuse Treatment* 13: 467-70.
- Rothbard, A. B.; Alterman, A.; Rutheford, M.; Liu, F.; Zelinsky, S. e McKay, J. (1999): Revisiting the effectiveness of methadone treatment on crime reductions in the 1990s. *J. Substance Abuse Treat*, 16: 329-35.
- Rothbard, A.; Alterman, A.; Rutherford, M.; Liv., F.; Zelinski, S. e McKay, J. (1999): Revisiting the effectiveness of methadone treatment on crime reductions in the 1990s. *J. Substance Abuse Treat.*, 16: 329-35.
- Rounsaville, B. J.; Kosten, T. R. e Weissman, M. M. (1986): Prognostic significance of psychopatology in treated opiate addicts, a 2,5 year follow-up. *Arch. Gen. Psychiatry*, 43: 739-745;
- Rounsaville, B. J.; Weissman, M. M. e Rosenberger, P. H. (1979): Detecting depressive disorders in drug abusers. *J. Affective Disord*, 1: 255-267.
- Rounsaville, B. J.; Weissman, M. M.; Crits-Christoph, K. e al. (1982 a): Diagnoses and symptoms of depression in opiate addicts. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39: 151-155.
- Rounsaville, B. J.; Weissman, M. M.; Kleber, H. D. e Wilber, C. H. (1982 b): Heterogeneity of psychiatric diagnoses in treated opiate addicts. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39: 161-166.
- Rounsaville, B. J.; Weissman, M. M.; Wilbur, C. H. e Kleber, H. D. (1982 c): Pathways to opiate addiction: an evaluation of differing antecedents. *Br. J. Psychiatry*, 141: 437-446.
- Rowan-Szal, G. A.; Chatham, L. R.; Joe, G. W. e Simpson D. D. (2000): Services provided during methadone treatment. A gender comparison. *J. Subst. Abuse Treat.*, 19(1): 7-14.
- Rutherford, M.; Cacciola, J. S.; Alterman, A. I.; Mckay, J. R. e Cook, T. G. (1999): The 2 year test retest reliability of the psychopathy checklist revised in methadone patients. *Assessment*, 6(3): 285-92.
- Sainz, G. F.; Valderrama, J.C.; Salvador, L.; Velásquez, R. e Delgado, J. M. (1995): Análisis de coste-efectividad y programas de mantenimiento con metadona. In: Casas, M.; Gutierrez, M. e San, L.: *Avances en drogodencias*, 71-92. Barcelona, Citran-Ediciones en neurociencias.

Saiz, J.C.B. (2003): Qué son las drogas de síntesis, 17-19. Ediciones RBA Libros. Barcelona.

San, L. Cami, J.; Peri, J. M. e Mata, R. (1999): Success and failure at inpatient heroin detoxification. *British Journal of Addiction*, Vol. 84(1): 81-87.

Sanders, I. D. (1974): Problems of drug program evaluation. A follow-up study of 160 heroin addicts. *Dissertation-abstracts international*. Vol.35 (6-B): 3036.

Saxon, A. J.; Wells, E. A.; Fleming, C.; Jackson, T. R. e Calsyn, D. A. (1996): Pre-treatment characteristics, program philosophy and level of ancillary services as predictors of methadone. *Addiction*, 91: 1197-209.

Schuckit, M. A. (1998): Drug and alcohol abuse – a clinical guide to diagnosis and treatment. Plenum Press, N. York, 1995. Tradução Climepsi Editores.

Schwartz, R. P.; Brooner, R. K.; Montoya, I. D.; Current, M. e Hayes, M. (1999): a 12 year follow-up of a methadone medical maintenance program. *Am. J. Addict*, 8: 293-9.

Seidenberg, A. e Honegger, U. (2000): Metadona, heroína y outros opioides. Ediciones Diaz Santos, S. A.

Senay, E. C. (1985): Methadone maintenance treatment. *International Journal of Addiction*, 20, 803-821.

Seow, S. S. W.; Quigley, A. J.; Ilett, K. F.; Dusci, L. J.; Swensen, G.; Harrison-Stewart, A. e Rappaport, L. (1986): Buprenorphine: A new maintenance opiate? *Med. J. Australia*, 144: 407-411.

Sepulveda, M. e Andrés, de M. (2000): Gestionando las drogas. Conferência de consenso sobre redução de danos relacionados com as drogas: cooperação e interdisciplinarietà. Generalitat de Catalunya. Publicaciones de Grup Igia.

Shoenbaum, H. e Kleber, H. D. (1995): Heroin use during methadone maintenance treatment: the importance of methadone dose and cocaine use. *American Journal of Public Health*, 85: 83-88.

Simpson, D. D. (1981): Treatment for drug abuse follow up outcomes and length of times spent. *Archives of General Psychiatry*, 38: 875-880.

Simpson, D. D.; Joe, G. W. e Bracy, S. A. (1982): Six year follow-up of opioid addicts after admission to treatment. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39: 1318-23.

Simpson, D. D.; Savage, L. J. e Lloyd, M. R. (1979): Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972.

Simpson, D.D; Joe, G.W. e Rowan-Szal, G.A. (1997): Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug Alc. Depend*, 47: 227-35.

Sorensen, J. L.; Batki, S. L.; Gibson, D. R.; Dumontet, R. e Pur-Nell, S. (1990): Methadone maintenance and behavior change in seropositive drug abusers. *The San Francisco*

General Hospital Program for AIDS counseling education. Abstract N.º Th DO 5, V International Conference in AIDS, San Francisco.

Sorenson, J. L. (1996): Methadone treatment for opiate addicts. *B. M. J.*; 313: 245-6.

Spilker, B. (1993): Health related quality of life. In *Quantative assessment in epilepsy care*, H. Meinardi, J. Cramer, G. Baker e A. Martins da Silva, New York: Plenum Press.

Staedt, J.; Wassmuth, F.; Stoppe, G.; Hajak, G.; Rodenbeck, A.; Poser, W. e Rütger, E. (1996): Effects of chronic treatment with methadone and naltrexone on sleep in addicts. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neuroci.*, 246: 305-9.

Staton, M. e Leukefeld, C. (2002): The heroin maintenance and the United States. *Substance Use and misuse*; 37(4): 549-554.

Staton, M.; W., C. S. e Leukefeld, D. S. W., Carl (2002): Heroin maintenance and the United States. *Substance Use and Misuse*, 37(4): 549-54.

Stimmel, B. e Kreek, M. J. (2000): Neurobiology of addictive behaviour and relationship to methadone maintenance. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 16, 431-443.

Strain, E. C.; Bigelow, G. E.; Liebson, I. A. e Stitzer, M. L. (1999): Moderate vs high dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial. *J. Am. Med. Assoc.* 28: 1000-5.

Strain, E. C.; Stitzer M. L.; Liebson, I. A. e Bigelow, G. E. (1994): Buprenorphine versus methadone in the treatment of opioid dependent cocaine abusers. *Psychopharmacology*, 116: 401- 406.

Tennant, F. S. (1987): Inadequate plasma concentrations in some high-dose methadone maintenance patients. *Am J. Psychiatry*, 144: 1349-1350.

Torrens, M.; San, L. e Cami, J. (1993): Buprenorphine versus heroin dependence: comparison of toxicologic and psychopathologic characteristics. *Am. J. Psychiatry*, 150: 822-4.

Torrens, M.; San, L.; Martinez, A.; Castillo, C.; Domingo, S.A.R. e Alonso, J. (1997): Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 92(6): 707-16.

Torrens, M.; San, L.; Peri, J. M. e Olle, J. M. (1991): Cocaine abuse among heroin addicts in Spain. *Drug Alcohol Depend*, 27: 29-34.

Torres, M.; Castillo, C. e San, L. (1995): Programas de matadona de bajo umbral. In: Casas, M.; Gutierrez, M. e San, L.: *Avances en drogodependencias*, 45-48. Barcelona, Citran-Ediciones en neurociencias.

Valdivia, J. F. e Khattak, S. (2000): Effects of laam and methadone utilization in an opiate agonist treatment program. *Mt Sinai J. Med.*, 67(5-6): 398-403.

- Van Ameijden, E. J.; Langendam, M. W. e Coutinho, R. A. (1999): Dose-effect relationship between overdose mortality and prescribed methadone dosage in low-threshold maintenance programs. *Addict. Behav.*, 24: 559-63.
- Van Brussel, G. (1995): Methadone treatment by general practitioners in Amsterdam. *Bull N. Y. Academy Med.*, 72: 348-358.
- Vasconcelos, C. (1993): O uso de agonistas e antagonistas no tratamento de toxicodependentes. *Psiquiatria e Clínica Geral. Edição Colégio de Psiquiatria.*
- Vasconcelos, C. (1995): Linhas gerais duma proposta para a reestruturação dos programas de substituição. *Toxicodependências*, N.º: 74-83.
- Vasconcelos, C. (1995): Tratamento da dependência de heroína. Programa de substituição com o orlaam – a experiência do C.A.T. de Gondomar. *APMA News*, N.º.
- Vasconcelos, C. (1996): Two years of experience with LAAM at the C.A.T. (Center of Addiction Treatment) of Gondomar. Publicação da Sipaco International.
- Vasconcelos, C. (2000): Breve história das terapias de substituição em Portugal – conclusões principais. *Toxicodependências*, Vol.6, N.º: 67-79.
- Verster, A. e Buning, E. (2000): Manual de metadona. Tradução de M. D. De Groot Estevez-Vila Euro-Methwork European Methadone Guidelines.
- Viegas, E. e Viana, L. (1999): Estudo dos doentes em tratamento com metadona no C.A.T. da Boavista: análise da regularidade na frequência à consulta e resultados dos metabolitos urinários. *Toxicodependências*, N.º 3.
- Viegas, E.; Viana, L.; Moura e Sá, M.; Pereira, M. J. e Sarmento, I. C. (1997): Estudo retrospectivo dos toxicodependentes em tratamento com metadona no C.A.T. da Boavista. *Toxicodependências*. Vol.3, N.º: 41-52.
- Waldorf, D.; Orlick, M. e Reinerman, C. (1974): Morphine Maintenance. The Shreveport Clinic 1919-1923. The Drug Abuse Council, Washington, D. C..
- Ward, J.; Bel, J.; Mattick, R. P. e Hall, W. (1996): Methadone maintenance therapy for opioid dependence. A guide to appropriate use. *Drugs*, 6: 440-9.
- Ward, J.; Hail, W. e Mattick, R. P. (1999): Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*, 353: 221-6.
- Ward, J.; Mattick, R. e Hall, W. (1992). Key issues in methadone maintenance treatment. New South Wales, Australia: New South Wales University Press, 46-61.
- Wasserman, D. A.; Korcha, R.; Havassy, B. E. e Hall, S. M. (1999): Detection of illicit opioid and cocaine use in methadone maintenance treatment. *Am. J. Alc. Abuse*, 25(3): 561-71.
- Wasserman, D. A.; Weinstein, M. G.; Havassy, B. E. e Hall, S. M. (1998): Factors associated with lapses to heroin use during methadone maintenance. *Drug Alc. Depend.* 52: 183-92.



Weddington, W. (1990): Towards a rehabilitation of methadone maintenance: integration of relapse prevention and aftercare. *The Int. J. of the Addictions*, 25 (9a e 10a), 1201-24.

Weddington, W. W. (1990-1991): Towards a rehabilitation of methadone maintenance: integration of relapse prevention and aftercare. *Int. J. Add. Vol. 25* (9a-10a).

Weinrich, M. e Stuart, M. (2000): Provision of methadone treatment in primary care medical practices: review of the scottish experience and implications for U.S. Policy. *The Jour. of the Am. Med. Association*; 283 (10): 1243-8.

Wodak, A. (2002): Methadone and heroin prescription: babies and bath water. *Subst. Use Misuse*, 37(4): 495-522.

Wu, D., Otton, S. V.; Sproule, B. A.; Busto, U.; Inaba, T.; Kalow, W. e Sellers, E. M. (1993): Inhibition of human cytochrom P450 2D6 (CYP2D6) by methadone. *Br.J.Pharmae*, 35: 30-34.

Zador, D. A. e Sunjc, S. D. (1996): Methadone-related deaths and mortality rate during induction into methadone maintenance. *New South Wales. Drug Alc. Rev.* 21(2): 131-6.

Zan, A. M. e Frágola, A. O. (1992): *Drogadiccion*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Zinkernagel, C.; Naef, M. R.; Bucher; H., C.; Ladewig, D.; Gyr, N. e Battegay, M. (2001): Onset of pattern of substance use in intravenous drug users of an opiate maintenance program. *Drug alc. dependence*, 64: 105-109.

Zweben, J. E. e Payte J. T. (1990): Methadone maintenance in the treatment of opioid dependence. *Western J. Med.*, 152: 588-99.

**ANEXOS**

Caro Utente:

Alcino Américo da Silva Fernandes, Director do CAT Ocidental do Porto, prepara actualmente a sua tese de Mestrado em "Psicologia do Comportamento Desviante : Toxicodependências" que está a frequentar na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Para a realização do referido trabalho de investigação científica é muito importante a sua disponibilidade para responder, o mais exactamente possível, às questões que seguidamente lhe apresento.

Notas:

1. Não deixe perguntas por responder;
2. As respostas estão sujeitas a segredo médico;
3. Se considerar necessário, solicite esclarecimentos a quem lhe forneceu a documentação.

Grato pela colaboração

# M. A. S. T.

Nome .....

Idade

Sexo ☐ M ☐ F

Estado civil .....

OBS. ....

	SIM	NÃO
1 - Pensa que é um bebedor normal, isto é, que bebe (bebidas alcoólicas) tanto quanto é costume as outras pessoas beberem? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Já lhe aconteceu alguma vez acordar de manhã, a seguir a uma noite em que bebeu, e não conseguir lembrar-se de parte do serão? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Já alguma vez a sua mulher (ou o seu marido, ou os seus pais) se lamentaram ou se queixaram de que bebe demais? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Consegue deixar de beber, sem esforço, depois de uma ou duas bebidas? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Já se sentiu mal por ter bebido? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Os seus amigos e conhecidos consideram que é um bebedor normal, isto é, que bebe tanto quanto é costume as outras pessoas beberem? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Já alguma vez procurou limitar a bebida a certas horas do dia ou a certos lugares? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - É sempre capaz de interromper a bebida quando quer? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Já alguma vez teve necessidade de efectuar uma desintoxicação alcoólica? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Já discutiu ou mesmo agrediu outras pessoas enquanto bebia? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Acha que a bebida já alguma vez criou problemas a si ou à sua mulher (ou seu marido), como conflitos conjugais, dificuldades económicas, discussões familiares, etc.? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Já alguma vez a sua mulher (ou marido, ou qualquer outro membro da sua família) teve de ir procurar auxílio por causa dos seus hábitos de bebida? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Acha que perdeu amigos ou pessoas das suas relações mais íntimas, por causa dos seus hábitos de bebida? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Já teve problemas no seu emprego por causa de beber? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Já perdeu algum emprego devido aos seus hábitos de bebida? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Já alguma vez descuidou as suas obrigações, a sua família, ou o seu trabalho, durante dois ou mais dias consecutivos, por estar embriagado? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Tem por hábito tomar bebidas alcoólicas antes do meio-dia? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Já lhe disseram que sofria do fígado ou que tinha cirrose hepática? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Já sofreu alguma vez de um Delírio Alcoólico ("Delirium Tremens"), ou já teve tremores intensos, ou já ouviu vozes ou viu coisas que não existiam, devido aos seus hábitos prolongados de bebida? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Já se dirigiu a alguém pedindo ajuda por causa dos seus hábitos de bebida? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - Já esteve internado nalgum hospital, expressamente por causa da bebida? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Já esteve internado nalgum hospital de doenças mentais ou nalgum Serviço de Psiquiatria de um hospital geral, constituindo a bebida parte do problema? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Já recorreu a uma clínica ou hospital psiquiátrico ou Dispensário de Saúde Mental, ou já se dirigiu a algum médico ou serviço social ou a algum padre a pedir auxílio para um problema de ordem emocional, em que a bebida tomou parte importante e causal? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Já esteve preso, mesmo só por algumas horas, devido ao comportamento anormal motivado pela bebida? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - Já teve problemas com outras pessoas (nomeadamente com a polícia) por ter conduzido embriagado ou depois de ter bebido? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. P. I.  
FORMA A

NOME \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
IDADE \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
GRAU DE INSTRUÇÃO \_\_\_\_\_ PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
NATURALIDADE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N =                      E =                      L =

INSTRUÇÕES

Estão aqui algumas perguntas da maneira como reage, sente e actua. À frente de cada pergunta existe um espaço para a resposta «SIM» ou «NÃO».

Tente decidir se «SIM» ou «NÃO» representam a sua maneira habitual de agir ou sentir; então desenhe uma cruz no quadrado da coluna «SIM» ou «NÃO». Responda depressa e não fique a pensar muito sobre a mesma pergunta; desejamos a sua primeira impressão e não o resultado de um longo juízo sobre o assunto. A resposta a todo o questionário não deverá tomar-lhe mais do que alguns minutos. Assegure-se de que não saltou nenhuma pergunta. Comece o questionário, responda depressa e a todas as perguntas. Não há nem perguntas certas nem erradas, pois isto não é um teste de inteligência ou aptidões, mas sim uma medida da maneira como reage.

	Sim	Não
1. Anseia, frequentemente, por excitação? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Precisa, com frequência, de pessoas amigas compreensivas para lhe levantarem o estado de ânimo? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. É, normalmente, uma pessoa «descontraída»? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Custa-lhe muito receber um «não» como resposta? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pensa bem antes de fazer qualquer coisa? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se disser que fará qualquer coisa, cumpre sempre a promessa, por mais inconveniente que lhe seja fazê-lo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O seu estado de humor varia com frequência? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Geralmente, faz e diz as coisas, rapidamente, sem pensar? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sente-se, às vezes, infeliz, sem motivo para isso? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Seria capaz de fazer fosse o que fosse, por uma questão de desafio? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sente-se subitamente envergonhado(a) quando quer falar com um (uma) desconhecido (a) atraente? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. De vez em quando, perde a cabeça e zanga-se? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Age, muitas vezes, sob o impulso do momento? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Preocupa-se, frequentemente, com coisas que não devia ter feito ou dito? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Geralmente, prefere ler a encontrar-se com pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ofende-se com bastante facilidade? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Gosta muito de sair? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não
18. Tem, ocasionalmente, pensamentos e ideias de que não gostaria que os outros conhecessem? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sente-se, às vezes, cheio de energia e, outras vezes muito apático? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Prefere ter poucos mas bons amigos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Costuma «sonhar acordado»? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Quando as pessoas berram consigo, também lhes berra? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. É, frequentemente, perturbado por sentimentos de culpa? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Os seus hábitos são todos bons e desejáveis? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Consegue distrair-se e divertir-se numa festa animada? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Considera-se uma pessoa tensa ou «nervosa»? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Os outros consideram-no uma pessoa com muita vivacidade? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Depois de ter feito algo de importante, sente, com frequência, que podia ter feito melhor? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Fica a maior parte do tempo calado quando está com outras pessoas? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Às vezes é bisbilhoteiro? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Costuma ter tantas ideias na cabeça que não consegue dormir? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Se há alguma coisa que pretende saber, prefere procurar num livro a conversar com alguém sobre o assunto? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Costuma ter palpitações ou sentir o coração a bater muito? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Gosta do tipo de trabalho que exige muita atenção? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Costuma ter crises em que sente o corpo a tremer? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Declararia sempre tudo na alfândega, mesmo 'que soubesse que nunca o descobririam? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Detesta estar com um grupo em que se pregam partidas uns aos outros? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Considera-se uma pessoa irritável? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Gosta de fazer coisas em que precisa de actuar depressa? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Costuma preocupar-se com coisas desagradáveis que poderiam acontecer? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Considera-se uma pessoa lenta e sem pressa na sua vida quotidiana? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Já alguma vez chegou atrasado a um encontro ou ao trabalho? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não
43. Costuma ter muitos pesadelos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Gosta tanto de conversar com pessoas que nunca perde uma oportunidade de falar com um desconhecido? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Costuma sentir-se perturbado com dores? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Sentir-se-ia muito infeliz se não pudesse contactar com muita gente a maior parte do tempo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Considera-se uma pessoa nervosa? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. De todas as pessoas que conhece, há algumas de que, declaradamente, não gosta? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Considera que tem confiança em si próprio? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sente-se facilmente ofendido(a) quando as pessoas descobrem uma falta em si ou no seu trabalho? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Acha realmente difícil conseguir divertir-se numa festa animada? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Costuma sentir-se perturbado(a) por sentimentos de inferioridade? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Consegue facilmente dar vida a uma festa enfadonha? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Por vezes fala sobre assuntos de que nada conhece? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Costuma preocupar-se com a sua saúde? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Gosta de pregar partidas aos outros? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Costuma sofrer de insónias? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verifique se respondeu a todas as perguntas

## INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTOCONCEITO

(A.Vaz Serra 1985)

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Habilitações: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

### INSTRUÇÕES:

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (X) na coluna que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo multíssimo.
1. Sei que sou uma pessoa simpática.					
2. Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões.					
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.					
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.					
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.					
6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas.					
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.					
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.					
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelas outras pessoas.					
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.					
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.					
12. Não sei porquê, a maioria das pessoas embirra comigo.					
13. Quando me interrogam sobre questões importantes, conto sempre a verdade.					
14. Considero-me competente naquilo que faço.					
15. Sou uma pessoa que gosto muito de fazer o que me apetece.					
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem estar.					
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.					
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.					
19. Gosto sempre de me sair bem das coisas que faço.					
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.					



# INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

Copyright A. Vaz Serra, 1994

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 199 \_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos Estado Civil: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Habilitações: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Residência: \_\_\_\_\_

Total = \_\_\_\_ Biol = \_\_\_\_ Cogn = \_\_\_\_ IP = \_\_\_\_ DT = \_\_\_\_

F1 = \_\_\_\_ F2 = \_\_\_\_ F3 = \_\_\_\_ F4 = \_\_\_\_ F5 = \_\_\_\_

## INSTRUÇÕES

Cada um dos sintomas que a seguir é apresentado não se refere à sua maneira de ser habitual mas sim ao estado em que se sente pelo menos desde há duas semanas para cá. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Se lhe parecer que duas respostas diferentes já foram experimentadas por si, assinale com uma cruz (X) no quadrado respectivo aquela que se aproxime mais do seu estado actual.

- 1 - O interesse pelo meu trabalho é o mesmo de sempre  
- Ultimamente ando a sentir um interesse menor pelo meu trabalho  
- Presentemente sinto, com bastante frequência, desinteresse pelo que tenho que fazer  
- Actualmente ando a sentir, muitíssimas vezes, um grande desinteresse pelo meu trabalho  
- Perdi por completo todo o interesse que tinha pelo trabalho
- 2 - No meu dia -a- dia não preciso de recorrer à ajuda das outras pessoas mais do que o costume  
- Presentemente recorro mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer  
- No momento recorro bastante mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer  
- Agora recorro muitíssimo mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer  
- Actualmente sinto-me completamente incapaz de fazer seja o que for sem a ajuda dos outros.
- 3 - Ando-me a sentir tão sossegado como de costume  
- Ando-me a sentir interiormente mais desassossegado do que o habitual  
- Sinto-me interiormente muitíssimo mais desassossegado do que o habitual  
- Sinto-me interiormente num estado permanente de agitação  
- Sinto-me interiormente bastante mais desassossegado do que o costume
- 4 - Presentemente, no contacto com os outros (familiares, amigos ou conhecidos), sou capaz de falar sobre os temas habituais das conversas comuns  
- No momento actual tenho tendência, no contacto com, os outros a falar mais do que o habitual daquilo que sinto ou me preocupa, embora consiga conversar também sobre outros assuntos  
- Reconheço que agora passo bastante tempo a falar aos outros daquilo que me anda a preocupar e estou a sentir, embora possa também abordar outros assuntos  
- No momento presente, no contacto com os outros, falo muitíssimo mais do que o costume daquilo que me preocupa e ando a sentir, evitando abordar assuntos diferentes.  
- Actualmente, no contacto com os outros, só sei falar daquilo que me preocupa e tenho sentido, mostrando-me incapaz de conversar de quaisquer outros assuntos.

- 5
- A minha consciência não me acusa de nada em particular que tenha feito
  - Ando-me a sentir um fardo para a minha família, amigos e colegas
  - Sinto actualmente que há faltas no meu passado que não devia ter cometido
  - Penso, muitas vezes, que cometi certas faltas graves no meu passado
  - Passo o tempo a pensar que o estado em que me sinto é consequência das faltas graves que cometi na vida
- 6
- A minha capacidade de fixação é a mesma que sempre tive
  - Às vezes custa-me fixar aquilo que preciso
  - Sinto, bastantes vezes, que ando a fixar pior aquilo que preciso
  - Sinto, muitíssimas vezes, que me esquecem facilmente as coisas
  - Sinto-me incapaz de fixar seja o que for
- 7
- Não me sinto mais infeliz do que de costume
  - Tenho períodos em que me sinto mais infeliz do que habitualmente
  - Ando-me a sentir bastante mais infeliz do que de costume, embora tenha ocasiões em que me sinta tão feliz como dantes
  - Só em raros momentos é que me consigo sentir feliz
  - Actualmente não tenho um único momento em que me sinta feliz
- 8
- No momento presente não tenho qualquer dificuldade em começar a dormir
  - Quando me deito passo agora mais de meia hora sem conseguir dormir
  - Actualmente, quando me deito, demoro cerca de 1-2 horas antes de conseguir adormecer
  - Quando me deito nalgumas noites não consigo dormir nada
  - Se não tomar nada para adormecer as minhas noites são de insónia completa
- 9
- O valor que dou às coisas que faço e a mim próprio não é maior nem menor do que o costume
  - Actualmente penso por vezes que, como indivíduo, tenho pouco mérito naquilo que faço
  - Ultimamente apanho-me a pensar, bastantes vezes, que não valho nada
  - Penso, com muita frequência, que não tenho qualquer valor como pessoa
  - No momento actual sinto constantemente que não valho nada como pessoa
- 10
- A minha confiança em relação ao futuro é a mesma de sempre
  - Ao contrário de antigamente sinto-me por vezes inseguro em relação ao futuro
  - No momento actual sinto, bastantes vezes, falta de confiança no futuro
  - Presentemente perdi por completo a esperança que tinha no futuro
  - Sinto agora, muitíssimas vezes, falta de confiança no futuro
- 11
- Depois de conseguir adormecer não tenho tendência a acordar durante a noite
  - Actualmente acordo 1 hora antes do habitual e depois não consigo voltar a dormir
  - Presentemente ando a acordar ao fim de 4-5 horas de sono e depois não consigo voltar a adormecer
  - Após ter adormecido, acordo ao fim de 1 ou 2 horas e não sou capaz de voltar a dormir
  - Se não tomar nada para dormir, a minha noite é de completa insónia

- 12** - Considerando a minha vida passada não sinto que tenha sido um fracassado  
- No momento presente, observando o meu passado, acho que tive alguns fracassos  
- Penso que no meu passado existiu um número bastante grande de fracassos  
- Actualmente considero que tive, no meu passado, um número muitíssimo grande de fracassos  
- Quando observo a minha vida passada considero-a como um acumulador constante de fracassos.

- 13** - Quando acordo de manhã sinto-me renovado para enfrentar o meu dia  
- Apesar de ir fazendo o que é preciso, quando acordo de manhã tenho a sensação de estar sem energia para o que preciso de efectuar  
- Logo que acordo de manhã e posteriormente ao longo do dia sinto-me bastante fatigado e é com dificuldade que vou realizando o que preciso de fazer  
- Desde que acordo de manhã e depois durante o dia sinto-me tão fatigado que já não consigo fazer tudo o que tenho a fazer  
- Quando acordo de manhã o meu cansaço é tão grande que me sinto incapaz de fazer seja o que for

- 14** - O meu convívio com as outras é o mesmo de sempre  
- O meu estado de espírito actual leva-me, por vezes, e mais do que costume, a evitar conviver com as outras pessoas.  
- No momento presente fujo bastante do convívio com as outras pessoas  
- Devido à maneira como me ando a sentir raramente me sinto capaz de conviver com outras pessoas  
- Presentemente não me sinto capaz de conviver seja com quem for

- 15** - No momento presente não noto quaisquer dificuldades na minha capacidade de concentração  
- Sinto por vezes dificuldade em me concentrar no que estou a fazer  
- Sinto com frequência dificuldade em me concentrar naquilo que executo  
- Sinto muitíssimas vezes dificuldade em me concentrar naquilo que faço  
- Sinto-me actualmente incapaz de me concentrar seja no que for

- 16** - Não penso que os meus problemas sejam mais graves do que o habitual  
- Ando com medo de não ser capaz de resolver alguns dos problemas que tenho  
- Penso com frequência que não é fácil encontrar solução para alguns dos meus problemas  
- Passo o tempo preocupado com os meus problemas, pois sinto que são de solução muitíssimo difícil  
- Considero que os meus problemas não têm qualquer solução possível

- 17** - Quando é necessário sou capaz de tomar decisões tão bem como dantes  
- Agora sinto-me mais hesitante do que tomar qualquer decisão  
- No momento actual demoro bastante mais tempo do que dantes para tomar qualquer decisão  
- Presentemente custa-me tanto tomar decisões que passo o tempo a adiá-las  
- Actualmente sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão sem a ajuda de outras pessoas

- 18** - A satisfação que sinto com a vida é a mesma de sempre  
- Actualmente sinto-me mais aborrecido do que o costume com a vida que tenho  
- Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente  
- Sinto, com muitíssima frequência, que a vida não me traz qualquer satisfação  
- Perdi por completo a alegria de viver

- 19** - No momento presente acho que a vida vale a pena ser vivida e não sinto qualquer desejo de fazer mal a mim mesmo  
- Actualmente sinto que a vida não vale a pena ser vivida  
- No momento presente não me importaria de morrer  
- Tenho com frequência desejos de que a morte venha  
- Ultimamente tenho feito planos para por termo á vida

- 20** - Ao executar as minhas tarefas diárias usuais não sinto maior fadiga do que o costume  
- No cumprimento das minhas tarefas ando a sentir-me mais fatigado do que o habitual sem razão para isso  
- Naquilo que tenho de fazer ao longo do dia, embora sem motivo para isso, sinto-me bastante mais fatigado do que o costume  
- Sinto-me, sem motivo justificativo, muitíssimo fatigado naquilo que tenho de fazer, deixando de executar algumas das minhas tarefas usuais  
- Sinto-me exausto, ao menor esforço, deixando de cumprir a maior parte das tarefas que antigamente fazia

- 21** - Quando me comparo com os outros sei que sou capaz de me sair tão bem como eles a fazer o que é preciso  
- Actualmente, ao comparar-me com os outros, acho por vezes que não me desempenho tão bem como eles nas tarefas que precisam de ser feitas  
- Presentemente considero que as outras pessoas fazem as coisas bastante melhor do que eu  
- Acho que me saio muitíssimo pior do que os outros a fazer o que é necessário ser feito  
- Considero que os outros são sempre capazes de fazer melhor do que eu as coisas que precisam de ser feitas

- 22** - Quando executo qualquer tarefa faço-a com a rapidez do costume  
- No momento presente sinto-me mais lento a fazer o que tenho para fazer  
- Actualmente demoro bastante mais tempo do que o habitual a fazer o que tenho para fazer  
- Sinto-me muitíssimo mais lento a fazer tudo quanto tenho para fazer  
- Presentemente demoro uma enormidade de tempo a fazer seja o que for

- 23** - A capacidade de me manter activo é a mesma do costume  
- Não me sinto capaz de me manter tão activo como habitual  
- Actualmente dá-me para passar largos momentos sem fazer absolutamente nada  
- No momento actual raramente faço o que preciso de fazer  
- Só me dá vontade de estar todo o tempo sentado ou deitado na cama, sem fazer nada

## = Symptom Check List (SCL-90R) =

Smt _____	Ob-cmp _____	Sns int _____	Dpr _____	Ans _____
Agr-hst _____	Ans fb _____	Id prn _____	Pscf _____	

**Instruções:** A seguir encontra-se uma lista de problemas e queixas médicas que algumas pessoas costumam ter. Por favor leia cuidadosamente cada questão e **assinale** ☒ aquelas que nos **dois últimos anos** o(a) têm preocupado ou dado cuidados. Não há respostas erradas, certas, ou que dêem uma boa impressão (!) pois são apenas problemas ou queixas que cada um sentiu ou sente, e como tal devem ser consideradas.

- Notas:**
1. As respostas estão sujeitas a segredo médico.
  2. Não deve deixar nenhuma questão em branco.

*Em que medida sofreu das seguintes queixas (?):*

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
1. Dores de cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervosismo ou tensão interior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pensamentos desagradáveis que não lhe deixam o espírito em paz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Desmaios ou tonturas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diminuição do interesse ou do prazer sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentir-se criticado(a) pelos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Impressão de que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ideia de que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dificuldade em se lembrar das coisas passadas ou recentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. O desleixo e a falta de limpeza dão-lhe cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Aborrece-se ou irrita-se facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dores sobre o coração ou no peito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sentir medo na rua ou nas praças públicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Falta de forças ou lentidão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pensamento de acabar com a vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ouvir vozes que os outros não ouvem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tremer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Perder o apetite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Virem as lágrimas aos olhos facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir-se tímido(a) ou com falta de à vontade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Em que medida sofreu das seguintes queixas (?):*

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
22. Impressão de se sentir preso(a) ou apanhado(a) em falta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ter medo subitamente sem motivo aparente para tal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impulsos que não se podem controlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Medo de sair sozinho(a) de casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Acusar-se a si mesmo(a) a propósito de certas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dor nas 'cruzes' (ao fundo das costas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Dificuldades em fazer qualquer trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sentir-se sozinho(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sentir-se triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ser muito pensativo(a), cismático(a) acerca de certas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sem interesse por nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sentir-se atemorizado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Sentir-se facilmente ofendido(a) nos seus sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos íntimos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Sentir que os outros não o(a) compreendem ou não vivem os seus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Fazer tudo devagar a fim de ter a certeza de que fica bem feito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Sentir-se inferior aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Dores musculares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. A impressão de que os outros o(a) costumam observar ou falar de si.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Dificuldade em adormecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Sentir necessidade de verificar o que fez várias vezes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Dificuldade em tomar decisões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Medo de viajar de comboio, electrico ou autocarro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Dificuldade em encher os pulmões (sensação de falta de ar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Em que medida sofreu das seguintes queixas (?):*

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
49. Calafrios ou afrontamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades, porque causam medo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Sensação de vazio na cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Sensação de anestesia ('encortiçamento' ou 'formigueiro') no corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. A impressão de ter uma 'bola' na garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Dificuldades em se concentrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Falta de forças em partes do corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Sentir-se em estado de tensão ou aflição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Sentir um 'peso' nos braços ou pernas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Pensamentos sobre a morte ou sobre o falecimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Vontade de comer mais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Não se sentir à vontade quando as pessoas o(a) observam ou falam de si.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Ter pensamentos que não lhe pertencem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Impulsos de bater, ofender, ou ferir alguém.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Acordar muito cedo pela manhã.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Vontade de repetir certas acções (como por exemplo de tocar em objectos, lavar-se, contar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Sono agitado ou não repousante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Vontade de destruir ou partir coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Ter pensamentos ou ideias que os outros não percebem ou não têm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Sentir-se muito embaraçado(a) junto a outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Não se sentir à vontade nas multidões, tal como em assembleias, lojas, cinemas, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Sentir que tudo o que faz é com esforço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Ter ataques de terror ou de pânico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Não se sentir à vontade quando come ou bebe em local público.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Entrar facilmente em discussões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Sentir-se nervoso(a) quando tem de ficar sozinho(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida sofreu das seguintes queixas (?):

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
76. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valôr ao seu trabalho ou às suas capacidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Sentir-se sózinho(a) mesmo quando está com mais pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Sentir-se tão inquieto(a) que nem se consegue sentar nem estar quieto(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Sentir que não tem valôr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Ter o pressentimento de que algo de mau lhe está para acontecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Gritar com as outras pessoas ou atirar com coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Medo de vir a desmaiar 'em frente' de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. A impressão de que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Pensamentos acerca de assuntos sexuais que o(a) perturbam muito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Sentimentos de que deveria ser castigado(a) pelos seus pecados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. A impressão de que algo de grave se passa com o seu corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Grande dificuldade em se sentir 'chegado(a)' a outra pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Sentimentos de culpa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Impressão de que há algo que não 'bate certo' na sua cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verifique, por favôr, se respondeu a todas as questões

Derogatis L, Lipman R, Rickels K, Uhlenhuth E, Covi L. The Hopkins Symptom Check-List (HSCL). In: *Psychological Measurements in Psychopharmacology*. S. Karger, Basel, 79-110. 1974.

Derogatis L, Rickels K, Rock A. The SCL-90 and the MMPI: A step in the Validation of a New Self-Report Scale. *British Journal of Psychiatry*, 1976, 128: 280-289.

Derogatis L. SCL-90: Administration, Scoring and Procedures. *Manual I for the R (Revised) Version and other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Chicago: John Hopkins University School of Medicine. 1977.

Derogatis L. *Description and Bibliography for the SCL-90R*. Maryland: Clinical Psychometric Research. 1983.



# Escala de Ansiedade de Auto-avaliação de Zung

NOME: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Leia com atenção todas as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas assinale com uma cruz (X) no quadro respectivo aquilo que constitua a descrição mais aproximada da maneira como se sente actualmente. As frases 5, 9, 13, 17 e 19 estão ordenadas num sentido inverso das restantes.

	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou a totalidade do tempo
1. Sinto-me mais nervoso ou ansioso do que o costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto-me como se estivesse para "rebentar"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal acontecerá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto os braços e as pernas a tremer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tenho dores de cabeça, do pescoço e das costas que me incomodam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me fraco e fico facilmente cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sinto o meu coração a bater depressa demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho crises de tonturas que me incomodam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tenho crises de desmaio ou a sensaçã de que vou desmaiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Posso inspirar e expirar facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sinto os dedos das minhas mãos e dos meus pés entorpecidos e com picadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Costumo ter dores de estômago ou más digestões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tenho de esvaziar a bexiga com frequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A minha face costuma ficar quente e corada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tenho pesadelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAT \_\_\_\_\_  
 MTD \_\_\_\_\_  
 N°ORDEM \_\_\_\_\_  
**Idade** \_\_\_\_\_ anos

Admissão \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Admissão \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

[illegible]

Admissão em Programa de Substituição com Metadona (continuação)

**CONSUMOS ASSOCIADOS / VIA ADMINISTRAÇÃO**

	Haxixe	Heroína	Cocaína	Anfetam.	Benzod.	Álcool	Outro
Fumada							
E.V.							
Fum/E.V.							
Nasal							
Oral							

**CONSUMOS EM FAMILIARES**

**TOXICODEPENDÊNCIA**

**ALCOOLISMO**

	Mãe	Pai	Irmãos	Conj/Comp	Mãe	Pai	Irmãos	Conj/Comp.
SIM								
NÃO								
(S/INF)								

**TRATAMENTOS**

ANTERIORMENTE	SIM	NÃO
Domicílio / Desabitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internamento / Desabitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naltrexona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunidade Terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substituição/Auto Medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA ACTUALIDADE	SIM	NÃO
Substituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substituição / Auto Medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PATOLOGIA INFECCIOSA**

	+	-	Desconhecido / Não testado
VIH			
VHC			
VHB			
VHD			
VDRL			
TPHA			

**TOXICODEPENDÊNCIA**

**ALCOOLISMO**

	Mãe	Pai	Irmãos	Conj/Comp	Mãe	Pai	Irmãos	Conj/Comp.
SIM								
NÃO								
(S/INF)								

**HISTÓRIA CRIMINAL / DETENÇÕES:** Sim.....☐ Não.....☐

## T1 e T2

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_ anos

2. Sexo: Masculino.....☐

Feminino..... ☐

### 3. Estado Civil:

Solteiro.....☐

Casado/União de facto.....☐

Separado / Divorciado.....☐

Viúvo.....☐

### 4. Escolaridade:

Ensino Básico:

1º Ciclo(1ª/4ªClasse).....☐

2º Ciclo (5º e 6º ano).....☐

3º Ciclo (7º,8º,9ºano).....☐

Ensino Secundário:

10º Ano.....☐

11º Ano.....☐

12º Ano.....☐

Ensino Superior.....☐

Analfabeto.....☐

### 5. Residência / Cohabitação:

Pai / Mãe.....☐ Filho(s).....☐

Irmão(s).....☐ Outro Familiar.....☐

Cônjuge /Companheiro(a).....☐ Não Familiar.....☐

Só.....☐

Outra Situação.....☐ Qual? \_\_\_\_\_

### 6. Situação Profissional:

Empregado< 1mês.....☐ 1 – 6 meses .....☐ > 6 meses .....☐

Trabalho estável.....☐ Temporário / Irregular .....☐

Desempregado < 1 mês .....☐ 1 – 6 meses.... ☐ 7 – 12 meses.....☐ > 12 meses.....☐

Curso de Formação Profissional .....☐

Estudante.....☐

Reformado / Pensionista .....☐

# T1

Solicitamos que responda o mais fielmente possível ao breve inquérito que a seguir apresentamos:

1. Com que idade bebeu bebidas alcoólicas (vinho, cerveja ou outra) pela 1ª vez \_\_\_\_\_ anos
2. Com que idade começou a beber regularmente bebidas alcoólicas (vinho, cerveja ou outras) pela 1ª vez? \_\_\_\_\_ anos
3. Consome bebidas alcoólicas ?

3.1. Sim.....☐ 3.1.2. Diariamente.....☐ 3.1.3. Fins de Semana .....☐  
3.1.4.. Ocasionalmente.....☐

3.2. Não (abstémio).....☐

Há \_\_\_\_\_ meses  
Há \_\_\_\_\_ anos

Há \_\_\_\_\_ semanas

4. Especifique que bebidas alcoólicas bebe e em que quantidade

TIPOS DE BEBIDAS	Copos	0,25 cl	0,33 cl	0,50 cl	0,75 cl	1lt	+	cálices	chávenas	outros	e	ou
Vinho												
Cerveja												
Aperitivos (martini, etc.)												
Vinho do Porto												
Bagaço												
Bebidas Brancas (Whisky, gin, etc.)												
Outras												

Observações: \_\_\_\_\_

5. tabaco 5.1. Sim.....☐ 5.2. Nº Cigarros / dia \_\_\_\_\_ 5.3. Não .....☐

6. Com que idade começou a fumar ? \_\_\_\_\_ anos

7. Com que idade começou a fumar regularmente \_\_\_\_\_ anos

## T2

Solicitamos que responda o mais fielmente possível ao breve inquérito que a seguir apresentamos:

### 1. Consome bebidas alcoólicas?

1.1.Sim ☐ 1.1.1. Diariamente ...☐ 1.1.2. Fins de Semana ... ☐ Ocasionalmente...☐

1.2.Não (abstémico) ...☐

Há \_\_\_\_\_ semanas

Há \_\_\_\_\_ meses

Há \_\_\_\_\_ anos

### 2. Especifique que bebidas alcoólicas bebe e em que quantidade

TIPOS DE BEBIDAS	Copos	0,25 cl	0,33 cl	0,50 cl	0,75 cl	1lt	+	cálices	chávenas	outros	e	ou
Vinho												
Cerveja												
Aperitivos (martini, etc.)												
Vinho do Porto												
Bagaço												
Bebidas Brancas (Whisky, gin, etc.)												
Outras												

Observações: \_\_\_\_\_

3. Tabaco 3.1. Sim ...☐ 3.2. N° Cigarros / Dia \_\_\_\_\_ 3.3. Não ....☐

Nª ORDEM \_\_\_\_\_

Tempo 1ª Consulta no CAT Ocidental do Porto / FASE 0 (admissão) .....☐  
(semanas)

**TEMPO EM METADONA**

FASE 0	FASE I	FASE II

TOTAL: \_\_\_\_\_ semanas

Dose de Metadona(mg):

. FASE 0 .....☐

. FASE I .....☐

. FASE II .....☐

**Consultas no CAT Ocidental do Porto**

	FASE 0	FASE I	FASE II	Totais
Psiquiatria				
Psicologia				
Serv. Social				
Totais				

Nº ORDEM \_\_\_\_\_

## EMIT ( ENZYME MULTIPLE IMMUNOASSAY TEST )

	Heroína	Cocaína	Metadona
--	---------	---------	----------

[illegible]